



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Grupo de Familiares Enlutados pela COVID-19 como Possibilidade de Intervenção em
Cuidados Paliativos na Pandemia**

Laura Campos de Moura

Brasília-DF

Julho/22



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Grupo de Familiares Enlutados pela COVID-19 como Possibilidade de Intervenção em
Cuidados Paliativos na Pandemia**

Laura Campos de Moura

Dissertação a ser apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Processos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Polejack

Brasília-DF

Julho/22

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Dissertação de Mestrado Aprovada pela Banca Examinadora:

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti – Presidente

Departamento de Psicologia Clínica e Cultura

Instituto de Psicologia Universidade de Brasília – IP/UnB

Dra Juciléia Rezende Souza – Membro Externo

Hospital Universitário de Brasília – HUB

Profa. Dra. Silvia R. M. Lordello Borba Santos – Membro Interno

Departamento de Psicologia Clínica e Cultura

Instituto de Psicologia Universidade de Brasília – IP/UnB

Profa. Dra. Isabela Machado da Silva – Membro Interno Suplente

Departamento de Psicologia Clínica e Cultura

Instituto de Psicologia Universidade de Brasília – IP/UnB

*Unimo-nos a partir das nossas dores.
Mantivemo-nos unidas, cultivando espaços de fala de escuta.
Estabelecemos vínculos,
depois de muitas partilhas e permutas.*

*Mesmo sofridas pelas nossas dores,
pelas partidas dos nossos amores,
conseguimos trocar acolhimento,
tão necessário ao nosso momento.*

*No nosso grupo,
Esparramamos as nossas dores.
Partilhamos a vivência dos nossos amores.
Compartilhamos os
nossos temores.*

*Demos espaço para nossas lágrimas.
Reconhecemos as nossas dádivas.
Admitimos as nossas fraquezas.
Buscamos a nossa fortaleza.*

*Se em outros espaços não éramos compreendidas,
aqui não fomos reprimidas.*

*Se em outros espaços éramos demasiadamente cobradas,
aqui fomos plenamente respeitadas.*

*Ainda não estamos em plena inteireza.
Porém, já percebemos sinais da nossa destreza.*

*Seguimos, choramos, lembramos,
sorrimos, avançamos,
amamos,
retroagimos, prosseguimos.*

*Lutamos.
Vamos tentando.*

*Entendemos que o luto é travessia.
Sem linearidade, sem magia.
É preciso vivê-lo sem fantasia.*

*A força vai emergindo.
Vamos conseguindo.*

*Concluimos que a perda é eterna.
Contudo seguimos, mesmo com ela.
Sentimos que, apesar da ausência,
Quem nos foi caro e amado
No nosso coração será sempre presença.*

*Ao firmamento elevamos nossos pensamentos:
Pelos pais, filhos, mães, irmãos.
Pelo tempo vivido, gratidão.
Para quem teve o percurso na Terra findo,
que receba do Criador
aconchego e proteção.*

*Descobrimos que amar
é a mais nobre maneira de honrar
quem se foi
e também quem está.*

*Por fim, fica-nos uma lição,
que permitirá nosso desenvolvimento:
UM MUNDO SEM ACOLHIMENTO
É UM MUNDO SEM CABIMENTO!*

Keith Hamid, participante do Grupo Vínculos e Reflexões
Divulgação autorizada pela autora

Dedico este trabalho a todas as pessoas que na vivência do luto perceberam mais difícil o caminhar. O impulso pra vida, a despeito de tudo, se fez inspiração.

Agradecimentos

Agradeço à minha família, em especial à Toninha, Marília e Lau, cada uma a seu modo, contribuiu para que as condições de instrução e estudo se fizessem possíveis. A segurança para trilhar esse caminho e a alegria por habitar esse corpo são resultados de tanta construção e sabedoria que veio antes de mim.

Agradeço a todas as participantes dos Grupos Vínculos e Reflexões, a confiança e entrega em momento de tamanha vulnerabilidade são admiráveis.

Agradeço a todas as facilitadoras dos Grupos que dispuseram de dedicação e investimento altruísta na oferta de um cuidado sensível e responsável quando as dificuldades dos últimos meses nos assolavam a todas.

Agradeço às professoras Isabela, Silvia e Larissa, pela generosidade na criação de uma intervenção tão importante em saúde, pelo empenho na difusão e articulação de rede para oferta e alcance de tantos corações.

Agradeço às amigas e amigos que se fizeram família durante toda a vida, em especial nos últimos meses. Vocês foram respiro de aconchego, inspiração, confiança inabalável na certeza de que o mestrado seria um caminho potente – como de fato foi. Agradeço pela lucidez acolhedora incansável, vocês são incríveis.

Resumo

A pandemia pelo novo coronavírus apresentou um contexto desafiador para os cuidados paliativos. A COVID-19 é causada pelo SARS-CoV-2, reconhecido no ano de 2019, responsável por mais de seis milhões de mortes até o primeiro semestre de 2022. Além dos cuidados demandados por familiares durante o quadro clínico da infecção é importante considerar a necessidade de assistência no período do luto pelos pacientes cujo adoecimento é fatal. Em resposta à emergência sanitária apresentada foi desenvolvido na Universidade de Brasília um programa de intervenção em Grupo (Vínculos e Reflexões) para oferta de suporte aos familiares enlutados pela COVID-19, composta por seis encontros online. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco facilitadoras que participaram do treinamento para condução do grupo e difusão do mesmo. Avaliou-se a percepção de impacto da intervenção grupal bem como a percepção do impacto do treinamento e acesso à educação permanente sobre a atuação profissional das facilitadoras. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo onde se identificou as seguintes categorias: atuação profissional na pandemia, percepção do impacto da formação, percepção do impacto do grupo e percepção cuidados paliativos. Cada categoria temática de conteúdo foi dividida em subcategorias relacionadas. Foram realizadas duas Revisões Integrativas da Literatura combinando os seguintes descritores: cuidados paliativos; pandemia ou COVID19 ou COVID-19; luto; em que foram encontrados 219 artigos, com análise de 24 estudos incluídos. E uma segunda Revisão combinando os descritores: cuidados paliativos; pandemia ou COVID19 ou COVID-19; assistência hospitalar; em que foram encontrados 174 artigos, com análise de 10 estudos incluídos. Os resultados do presente estudo apontam para o impacto que a intervenção pode ter sobre o processo de luto na pandemia e necessidade da consideração dos cuidados paliativos dentro de uma linha de cuidado.

Palavras-chaves: cuidados paliativos; luto; pandemia; COVID-19, psicologia.

Abstract

The pandemic caused by the new coronavirus unraveled a challenging scenario for palliative caring. COVID-19 is caused by the sars-cov-2 virus, recognized in 2019, responsible for more than 6 million deaths up to the first semester of 2022. In addition to the demanded care by the family members during the clinic condition of the infection, it's important to consider the need of assistance in the grieving period of the patients whose sickening is fatal. In response to the sanitary emergency, a program of group intervention (Vínculos e Reflexões) was developed in the University of Brasília to offer support to the COVID-19 grieving family members, composed of six online meetings. Semi-structured interviews were conducted with five professionals who took part in the trainment for leading and diffusion of the aforementioned group. The perception of the impact caused by the group intervention and by the trainment and access to permanent education over the professional acting of the workers were evaluated. The interviews were submitted to content analysis, where the following categories were identified: professional performance during the pandemic, perception on the impact of the trainment, perception on the impact of the group and perception on palliative caring. Each themed content category was divided in related subcategories. Two integrative revisions of the literature were done, combining the following descriptors: palliative care; pandemic or COVID19 or COVID-19; grief; where 219 articles were found, with the analysis of 24 of those studies being included. Additionally, a second review was done combining the descriptors: palliative care; pandemic or COVID19 or COVID-19; hospital assistance; where 174 articles were found, with the analysis of 10 of those studies being included. The results of this study point to the impact that interventions can have on the grieving process during the pandemic and the necessity of considering palliative caring in the line of care.

Keywords: palliative care; grief; pandemic; COVID-19, psychology.

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes	80
Tabela 2 Categorias e subcategorias de conteúdo	82
Tabela 3 Atuação profissional e subcategorias	83
Tabela 4 Percepção impacto da formação e subcategorias	94
Tabela 5 Percepção impacto do grupo e subcategorias	106
Tabela 6 Percepção Cuidados Paliativos e subcategorias	133
Tabela 7 Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	145
Tabela 8 Objetivos dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	148
Tabela 9 Resultados/Considerações finais dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	150
Tabela 10 Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	158
Tabela 11 Objetivos dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	159
Tabela 12 Resultados/Considerações finais dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura	161

Lista de Siglas

APA – American Psychological Association

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

BVS-Psi - Biblioteca Virtual de Saúde - Psicologia

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde

COES - Comitê Gestor do Plano de Contigência

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

DASU - Diretoria de Atenção à Saúde Universitária

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

EPI – Equipamento de Proteção Individual

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCL UnB - Departamento de Psicologia Clínica da UnB

PPGPisCC - Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

SciELO - Scientific Eletronic Library Online

SES-DF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SSMAPPS - Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UnB - Universidade de Brasília

Sumário

Dedicatória	VI
Agradecimentos	VII
Resumo	VIII
Abstract	IX
Lista de Tabelas	X
Lista de Siglas	XI
Capítulo 1– Introdução	14
1.1 Psicologia da Saúde: Um Resgate Histórico	14
1.2 Cuidados Paliativos	24
1.3 Pandemia, COVID-19 e Profissionais de Saúde	31
1.4 Processo de Luto pela COVID-19	44
1.5 Grupo “Vínculos e Reflexões”	53
Capítulo 2– Objetivos	69
2.1 Hipótese	69
2.2 Objetivo Primário	69
2.3 Objetivos Secundários	69
Capítulo 3– Método	71
3.1 Delineamento do Estudo	71
3.2 Local de Realização do Estudo	71
3.3 Participantes	71
3.4 Instrumentos	72
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados	73
3.6 Procedimentos para Análise de Dados	74
3.7 Cuidados Éticos	75
3.8 Metodologia Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Processo de Luto	76
3.9 Metodologia Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Assistência Hospitalar	78
Capítulo 4- Resultados e Discussão	80
4.1 Dados Sociodemográficos	80
4.2 Análise de Conteúdo das Entrevistas	81
4.3 Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Processo de Luto	141

4.4 Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Assistência Hospitalar	157
Capítulo 5- Considerações Finais	168
Referências	173
Anexo 1 Termo de Aceite Institucional DASU	198
Anexo 2 Termo de Aceite Institucional Decanato de Pesquisa e Inovação Universidade de Brasília – DPI/UnB	199
Anexo 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	200
Anexo 4 Termo de Autorização de Gravação de Voz	202
Anexo 5 Entrevista Semi-estruturada	203
Anexo 6 Parecer CEP CHS UnB	204
Anexo 7 Rede de Atenção Psicossocial e Clínicas Escola de Psicologia do DF	207

Capítulo 1

Introdução

1.1 Psicologia da Saúde: Um Resgate Histórico

Nas mais antigas organizações sociais já se encontram registros de interesse humano sobre a definição, entendimento e simbolização do campo da saúde. Em culturas antigas acreditava-se que a doença era resultado de forças místicas que exerciam influência sobre o corpo. Alguns estudiosos gregos, com destaque para Hipócrates, iniciaram o desenvolvimento racional de uma abordagem de estudo da saúde e da doença; simultaneamente, os estudos não ocidentais de cura, incluindo a *ayurveda* e a medicina oriental, foram desenvolvidos (Straub, 2014).

Saúde e doença não representam a mesma coisa para todas as pessoas, refletindo em seu conceito a conjuntura social, econômica, política e culturas de cada grupo populacional, que sofrerá influência ainda, de valores individuais, e concepções científicas, filosóficas e religiosas (Scliar, 2007).

Durante a idade média a doença foi predominantemente considerada uma punição divina, envolvendo, inclusive, intervenções que geravam desconforto físico como sendo curativas; de modo que, os conceitos religiosos acerca da saúde sobrepunham-se aos estudos científicos do corpo. Considerava-se na manifestação patológica um sinal de desobediência ao mandamento divino, de modo que, a enfermidade, proclamava o pecado, quase sempre de forma visível (Scliar, 2007). Apenas no período da Renascença, por meio dos estudos de Descartes, foi possível uma inserção da área da saúde no campo científico de investigação do corpo, embasados, sobretudo, na teoria dualismo mente-corpo, tidos como processos autônomos, sujeitos a diferentes leis de causalidades. Tal reducionismo encontra

disseminação ainda frequente dentro do modelo biomédico, uma vez que, desconsidera qualquer potencial influência de fatores psicológico ou sociais sobre a saúde, supondo que a doença seja resultado de um agente patógeno externo (por exemplo, vírus, bactéria, fungo; Straub, 2014).

A ampliação do debate foi fortemente influenciada pelo advento dos estudos sobre o inconsciente conduzidos por Freud (1856-1939), ao apontar a influência dessa instância psíquica sobre o surgimento de algumas patologias, possibilitando o surgimento de estudos teóricos e práticos acerca da Saúde mental e psicossomática (Monteiro & Nicolau, 2020).

Após a Segunda Guerra Mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou o conceito de saúde para um completo estado de bem-estar físico, mental, social, e não apenas um estado de ausência de doença; o que acrescentou uma ampliação epistemológica importante, e uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra que envolvia o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo, expressando o desejo por uma vida plena sem privações (Scliar, 2007); mas inseriu uma questionável noção de “completo estado de bem-estar” que pode ser visto como inalcançável por se inserir em uma idealização conceitual difícil de ser manejada (Capitão & Baptista, 2015).

A adoção deste conceito direcionou os estudos para a consideração e análise de fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve intervir, abrangendo o que fora denominado por Marc Lalonde em 1947 como “campo da saúde”, compreendendo as dimensões da biologia humana (herança genética e processos biológicos inerentes à vida), o meio ambiente (solo, água, ar, moradia e local de trabalho), o estilo de vida (hábitos que irão afetar a saúde tais como alimentação, tabagismo, etc), e organização da assistência à saúde (serviços de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde) (Scliar, 2007).

Ao final da década de 1970 foi denominado pela Associação Americana de Psicologia (APA) a terminologia *Health Psychology* (Psicologia da Saúde), associado à criação de uma força tarefa para investigação em saúde produzida pela APA em 1976, cujo objetivo era investigar a influência dos comportamentos sobre as doenças físicas e produção de saúde, sendo hoje, um dos termos mais utilizados internacionalmente para delimitação da área (Almondes, 2013). Após dois anos, em 1978, a Conferência de Alma Ata promovida pela OMS, ampliaria o debate acerca da influência das desigualdades sociais sobre a saúde da população, ressaltando a importância de ações governamentais na adoção de medidas direcionadas ao fortalecimento da justiça social, ampliação do acesso à saúde e planejamento de ações baseado em uma lógica de participação comunitária (Scliar, 2007).

A Psicologia da Saúde apresenta-se como um campo da psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas com o intuito de promover melhoria da saúde, aprimorar tratamento, prevenir doenças e reduzir fatores de risco (Straub, 2014). Matarazzo (1980) apresenta uma percepção ampliada e fortemente difundida de Psicologia da Saúde em que a define como um conjunto de contribuições profissionais, educacionais e científicas da psicologia, cujo objetivo visa a promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos físicos, identificação de variáveis relacionadas à saúde e seus agravos, para análise dos serviços e formulação de políticas de saúde. Dentro do escopo desta área do conhecimento incluem-se as condições de vida do indivíduo, diretamente relacionadas com sua situação de saúde. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNSS), tais determinantes (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais correlacionados com a ocorrência de problemas de saúde e seus respectivos fatores de risco à população (Buss & Filho, 2007). A respectiva comissão da OMS adota uma definição sucinta em que identifica os DSS como sendo as condições sociais de vida e trabalho de um indivíduo.

Anterior à definição oficial dos DSS alguns estudos sociais ainda no século XVII já identificavam o impacto de algumas dinâmicas de vida sobre as condições da população (Scliar, 2007). Em um estudo sobre anatomia política William Petty e John Graunt (1660) coletaram dados populacionais de doenças, educação e profissão, analisando dados obituários onde fora identificado diferenças na mortalidade de diferentes grupos populacionais de acordo com o lugar de residência e nível de renda.

Ribeiro (2011) aponta que, além da aplicação científica dos métodos e conceitos psicológicos na grande área da saúde, a Psicologia da Saúde deverá atuar ainda, nas políticas públicas de saúde, educação continuada, legislações e definições e estudos de financiamento e dimensionamento de assistência; abrindo margem à importante reflexão de potencial contribuição da Psicologia da Saúde na gestão. Segundo Rumin (2007) o exercício democrático no cenário brasileiro estimulou o fortalecimento e fundamentação teórica da Psicologia da Saúde nas práticas gerenciais, estando embasada a partir da efetivação dos direitos sociais, da cidadania e compreensão coletiva dos processos saúde/doença, por meio da transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a cidadania (Camargo-Borges & Cardoso, 2015). Importante destacar, a contribuição que a organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) teve na efetivação de práticas gerenciais e sanitárias democráticas participativas, priorizando o trabalho em equipe dirigido a populações em territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade dos determinantes sociais de saúde existentes no território em que vivem essas populações (Ministério da Saúde, 2006).

Segundo Sebastiani e Maia (2005) a Psicologia da Saúde deverá oferecer respostas de atuação às demandas de saúde referentes aos níveis primário, secundário e terciário de atenção, sempre sobre uma perspectiva multidisciplinar de funcionamento e planejamento de ações respaldadas pelo modelo biopsicossocial em detrimento do modelo biomédico.

Segundo Machado e Kind (2019) a Psicologia da Saúde no Brasil tem se configurado como um subcampo do conhecimento, tendo sido formulado no contexto da integralidade das ações de saúde. Segundo Rumin (2013) a ampliação das práticas em Psicologia da Saúde na atenção primária, secundária e terciária dentro do SUS por meio dos programas de residência multiprofissional, estrutura uma rede de referência direcionada à integralidade do cuidado à saúde; além de, apontar para um fortalecimento teórico e técnico da Psicologia da Saúde brasileira. Em um estudo que objetivou realizar um mapeamento dos programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu* foram identificadas formas distintas de configuração da Psicologia da Saúde, inclusive na nomenclatura, permeadas por debates, disputas e narrativas distintas e complementares. Ainda sobre a multiplicidade dos discursos vigentes dentro desse campo teórico, Alves (2011) apontou a falta de consenso e inexistência de acordo acerca da delimitação e abrangência da Psicologia da Saúde nos cenários de pesquisa e atuação nacionais.

A Psicologia da Saúde estabelece-se então como área de investigação de identificação de comportamentos associados à produção de bem-estar/saúde e de adoecimentos, promoção de comportamentos saudáveis e prevenção do adoecimento, englobando um conjunto de contribuições científicas, educacionais e profissionais específicas da Psicologia, cuja aplicabilidade objetiva a melhoria da assistência sanitária e das políticas públicas de saúde para além do incentivo e promoção de comportamentos associados à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e identificação diagnóstica (Matarazzo, 1980).

A multiplicidade vislumbrada na definição de Psicologia da Saúde apontada acima é defendida por Almeida e Malagris (2011), quando relatam a expansão e capilaridade dessa área na medida em que amadurece. Segundo as autoras, há uma multiplicidade diferencial interessante na Psicologia da Saúde quando se pensa a multiplicidade de cenários possíveis de atuação: empresas, hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), organizações não

governamentais, escolas, clínicas, centros de referência de assistência social (CRAS), centros de referência especializados de assistência social (CREAS), centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência, etc. Reduzir a Psicologia da Saúde a um único objeto esbarra na desconsideração da sua multiplicidade e diversidade de práxis e campos de atuação. Além da consideração de que, as representações da saúde e doença serão resultado da inserção dos indivíduos em diferentes culturas, contextos socioeconômicos, momento político; tornando tal conceito dinâmico e não estático (Scliar, 2007).

Os psicólogos da saúde são profissionais que consideram os repertórios comportamentais associados à saúde de usuários e seus familiares. Muitos estão centrados na promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando com os fatores psicológicos que fortalecem a saúde e que reduzem o risco de adoecer, outros disponibilizam serviços clínicos em diferentes contextos ou estão envolvidos no ensino e pesquisa (Castro & Bornholdt, 2004).

Tradicionalmente, a promoção da saúde foi definida por Leavell e Clarck (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção preventiva. Perspectivas progressistas sustentam um discurso da promoção da saúde que ressalta a elaboração de políticas públicas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, de modo que, a prevenção da saúde alcança uma abrangência muito maior do que a restrição ao campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, e incorporando elementos físicos, psicológicos e sociais; dentro de uma lógica de estímulo e validação da autonomia (Czeresnia & Freitas, 2011). Segundo Alves (2011), a promoção da saúde deverá englobar ações adotadas antes do surgimento do agravo da saúde, ampliando a potencialidade de vivência de uma experiência saudável por parte do indivíduo por meio de ações planejadas e direcionadas a um grupo específico de população alvo.

Ampliando-se o espectro de intervenção para o nível da prevenção, há uma divisão didática em três modalidades: universal: ações que tem como alvo toda a população; seletiva: ações destinadas a grupos populacionais expostos ao risco específico; e indicada: ações destinadas a indivíduos expostos a fatores de risco específicos, ou que já vivenciem o agravo ao qual a intervenção visa mitigar (Antoiassi et al., 2019).

Os contornos da Psicologia da Saúde no Brasil são difusos e com múltiplas reverberações associadas à definição cunhada pela APA e à particularidade da realidade nacional. Encontramos variadas terminologias como: Psicologia Social da Saúde, Psicologia Hospitalar, Psico-oncologia, Psicologia médica, Psicologia da Saúde no contexto Hospitalar (Gorayeb, 2010), o que amplia ainda mais a diversidade encontrada nesta área.

Tendo em vista a priorização pela utilização do conceito Psicologia Hospitalar em múltiplos espaços nacionais, uma reflexão específica acerca dessa terminologia merece consideração. Segundo Castro e Bornholdt (2004), essa nomenclatura é inexistente em outros países, apesar de ser reconhecida no Brasil como sinônimo para o termo cunhado pela APA de Psicologia da Saúde. No entanto, importante ressaltar, que, saúde e hospital são conceitos distintos, ainda que muitas vezes, o espaço hospitalar ainda seja visto pelo senso comum e até mesmo no meio científico como o principal – ou até mesmo o único – espaço de cuidado com a saúde. O conceito de saúde se relaciona com as funções físicas, psíquicas, sociais e espirituais do indivíduo, de modo que, suas intervenções, deverão ser ofertadas em diferentes níveis de atenção: primário, secundário, terciário e quaternário. Desse modo, a instituição hospitalar é apenas um dos espaços disponíveis na oferta de cuidado, e não o principal, sendo o mais adequado a inserção da Psicologia Hospitalar dentro da grande área Psicologia da Saúde, tendo em vista ser aquela, uma das vias de atenção à saúde possíveis dentro de múltiplas outras vias de assistência (Castro & Bornholdt, 2004).

De acordo com Bõing e Crepaldi (2014), a atuação do psicólogo no SUS é pautada no princípio da integralidade, tendo em vista os recursos dispostos por esse profissional em compreender mais amplamente os indivíduos e comunidades de modo integral e inseridos dentro de um contexto.

Falar de saúde no Brasil requer uma ampla discussão acerca dos tensionamentos e disputas sensíveis ao cenário político e social de cada época, inicialmente marcado por uma hegemonia liberal de característica excludente, com acesso desigual, qualidade da assistência diretamente proporcional ao nível socioeconômico da população alvo e priorização das ações terciárias médico hospitalares em detrimento das ações preventivas e inscritas em um nível primário de atenção (Yamamoto & Oliveira, 2010).

A criação e implementação do SUS surge a partir da intensificação de movimentos sociais e políticos atrelados ao Movimento Sanitário e à Saúde Coletiva, o que faz da saúde pública brasileira um campo científico interdisciplinar indissociável da prática profissional e das diversas expressões do processo saúde-doença, inclusive extrapolando o setor saúde clássico (Paim & Almeida Filho, 1998). A saúde passa a se vincular à seguridade social, de caráter universal, entendida como dever do estado e direito de todas as pessoas. A base legal do SUS é constituída por três documentos básicos: Constituição Federal de 1988, marco da promulgação do SUS (Lei n. 8.666, 1988); a lei 8080/1990, comumente conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre os princípios e organização desse sistema público de saúde (Lei n. 8080, 1990); e a lei 8142/1990 que versa sobre o formato de participação popular no SUS e orientações de financiamento (Lei 8142, 1990). Além destes documentos oficiais, anualmente, dezenas de notas técnicas e portarias são lançadas e atualizadas dentro da política de saúde.

Os princípios e diretrizes do SUS constituem suas bases de funcionamento e organização assistencial humanizada, e representa uma afirmação diária dos direitos democráticos conquistados historicamente pelo povo (Matta, 2007). Os princípios doutrinários representam o núcleo comum de valores e concepções filosóficas que compõem o SUS brasileiro, sendo eles: a universalidade - saúde como direito a todos os cidadãos, sem distinção de acesso; a equidade – diz respeito a tratar cada demanda individual ou coletiva, tendo como base a consideração da singularidade e particularidade da assistência, responder de forma equânime e não igualitária; e a integralidade – diz de uma prática de saúde integral, pautada no modelo biopsicossocial que considera todas as dimensões associadas à saúde para além da física, atendendo as demandas em diferentes níveis de complexidade, bem como a manutenção constante do pensamento crítico acerca do fazer saúde que deverá considerar sempre as dimensões do trabalho/educação e saúde na formação e gestão do trabalho em saúde (Matta, 2007).

Articulados aos princípios encontram-se as diretrizes do SUS: descentralização – diz de uma organização de ações executadas em cada esfera de governo dentro do Estado federativo; regionalização e hierarquização – organização focada na noção de território, com definições claras de perfis populacionais, indicadores epidemiológicos e condições de vida que devem nortear as ações de saúde em cada região; e a participação da comunidade – ação ativa da população em todas as esferas de gestão (Matta, 2007).

Direito à saúde concedido a todos os cidadãos e dever do Estado, passou a fazer parte da realidade brasileira, viabilizando à população mecanismos de redução das doenças, acesso universal e equânime às ações e serviços de promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde, dentro de uma lógica comunitária de funcionamento social.

Os determinantes sociais e econômicos passaram a fazer parte do imaginário social como potenciais variáveis de impacto sobre a saúde (e.g.: alimentação, transporte, saneamento básico, lazer, educação, meio ambiente, trabalho, renda) (Lei n. 8.666, 1988).

Nesse cenário de ebulição social pelo fim da ditadura e reabertura democrática a saúde inscreve-se numa totalidade embasada em construções teórico-práticas de direito e não mercadoria, reconhecendo a indissociabilidade da democratização da saúde e da vida; reafirmando a negativa do movimento sanitário brasileiro em se colocar em uma posição de neutralidade ou imparcialidade frente a todas as variáveis do devir que irão influenciar diretamente no processo saúde doença (Costa & Mendes, 2021).

A despeito da relevância mundial do SUS como o maior sistema público de saúde integral (Soares & Santos, 2014), seu subfinanciamento é uma política de estado que encontra resistência em mudanças importantes na última década, tais como: incentivo do controle social; fortalecimento da atenção básica; ações de combate à pobreza e subnutrição associadas ao nível primário de atenção; consideração de pautas associadas à saúde mental; pacto pela saúde; e ampliação da discussão e consolidação dos cuidados paliativos nos espaços de atenção à saúde públicos (Castro et al., 2019).

Todas essas mudanças que impactam na melhora da qualidade de vida e maior equidade na saúde instauradas pelo SUS enfrentam riscos na sua continuidade quando em contato com os desafios da supressão da saúde-direito pela saúde-mercadoria, fortalecimento da gestão via subfinanciamento e sucateamento por meio da privatizações do serviço e gerência (e.g. aumento das Organizações Sociais de Saúde), priorização do modelo biomédico e serviços hospitalares (Viana & Silva, 2018).

Algumas das interfaces mais significativas entre conceitos da Psicologia e a Saúde Pública no Brasil encontram-se a transposição do conceito cartesiano de concepção do

homem e adoção da noção do sujeito histórico e social; tentativa de superação do modelo biomédico de prática de saúde com foco em medidas curativas e autoritárias, e priorização da lógica preventiva, autônoma e libertária do cuidado com a saúde; consideração dos determinantes sociais de saúde, o que abre espaço para a extrapolação do planejamento de saúde para além do território classicamente reconhecido como sendo de saúde tradicional (Campos, 2000).

Frente à realidade atual do campo da saúde brasileiro, faz-se necessário à Psicologia da Saúde como área teórico-prática, engajar-se em um movimento constante de auto-reflexão e reformulação de práxis: via rompimento dos tradicionais processos de psicopatologização, rompimento da lógica clínica de consultório individual tão afins ao modelo biomédico ainda resistente na realidade brasileira – para o modelo sociocomunitário preconizado pelo SUS (Yamamoto & Oliveira, 2010).

Diante desse contexto de inserção da Psicologia da Saúde, faz-se relevante a investigação das particularidades dos serviços de cuidado sobre a ótica da qualidade de vida e integralidade, com foco no aprimoramento do trabalho desenvolvido no campo dos cuidados paliativos.

1.2 Cuidados Paliativos

A temática dos cuidados paliativos é um assunto atemporal que perpassa a vida de todas as pessoas. Ao longo dos anos, várias abordagens diante de uma doença que possa oferecer ameaça sobre a continuidade da vida fizeram-se presentes. Segundo Kovács (2011) os avanços na medicina, que permitiram o prolongamento da vida por meio de medicamentos e equipamentos, trouxeram as pessoas que conviviam com algum agravo à saúde para instituições hospitalares e romperam com o costume de atenção domiciliar onde os principais agentes de cuidado eram familiares, que continuavam a manter uma relação próxima com a

pessoa adoecida e com o processo vivenciado pela mesma. A humanização dos cuidados paliativos foi inicialmente abordada por duas autoras: Kubler-Ross e Cicely Saunders, que desenvolveram sua carreira com pacientes e familiares no processo de cuidado de pacientes com algum diagnóstico que poderia envolver uma potencial ameaça à continuidade da vida. Torna-se foco do trabalho o acolhimento ao sofrimento e a dor, resgatando o processo de cuidados com a saúde de forma humanizada, ainda que dentro de uma instituição de cuidado.

Como cenário de inspiração para um movimento social global de melhora em todas as etapas de cuidado aos pacientes com doenças crônicas e/ou ameaçadoras à continuidade da vida, a Inglaterra contou como uma importante autora nesse campo: Cicely Saunders. Nos primeiros anos da década de 1960 os princípios-chave do movimento de cuidados paliativos foram se formando e sendo combinados de acordo com as variáveis culturais de diferentes países e contextos sócio-históricos (Seymour, 2012). Destacam-se nessa fase inicial os seguintes princípios, norteadores ainda hoje nas práticas de saúde: discussões frente a um contexto de potencial ameaça à continuidade da vida; avaliação, planejamento de cuidado e revisão; coordenação de atendimento individualizado ao paciente; entrega de serviço de qualidade nos diferentes níveis de atenção; cuidado familiar e suporte ao luto.

Um importante marco no desenvolvimento do referencial teórico dos cuidados paliativos foi o conceito de “dor total”, cunhado por Cicely Saunders, que redireciona os princípios da clínica diagnóstica para a consideração de que a experiência de adoecimento de um indivíduo perpassa, para além da dimensão corporal, as dimensões emocional, espiritual e social (Castro et al., 2021). Associado ao desenvolvimento inovador desse conceito, Cicely aprimorou o tratamento no alívio de dor, trazendo à tona a importância na humanização do cuidado sensível aos problemas de saúde crônico e/ou graves, com a consideração genuína às queixas e demandas de pacientes pelo alívio físico dos desconfortos gerados por diversas patologias, pelo uso de opióides. Uma importante influência na mudança de perspectiva de

cuidado da dor foi de Bonica (1953), que após trabalho com soldados feridos na segunda guerra mundial, desenvolveu estudos acerca da correlação entre os aspectos físicos e mentais da dor, colocando em cheque a abordagem dominante de redução da dor à sua causa e desconsideração dos seus elementos emocionais e/ou subjetivos. Inicia-se então a consideração dos riscos e benefícios do uso de opióides no tratamento da dor, em contrapartida à resistência da época; evoluindo para a publicação pela OMS de diretrizes no manejo de dor em pacientes com doenças crônicas, o “escada de três degraus” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1990).

A primeira definição de cuidados paliativos veio em 1990 pela OMS, até então muito associada à área da oncologia, contemplando o sentido basilar desse campo do conhecimento que diz de um cuidado total ao paciente acometido por algum problema de saúde que possa oferecer ameaça à continuidade da vida; controle de dor e demais sintomas; consideração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Objetiva atingir o máximo de qualidade de vida possível para paciente e familiares; sendo todos esses aspectos aplicáveis em qualquer momento do curso da doença, devendo ser considerado também a fase investigativa pré diagnóstico. Embasa-se em uma filosofia de afirmação da vida e consideração da morte como um processo natural sem necessidade de aceleração ao retardamento, oferta de um apoio estruturado aos pacientes e respectivos familiares para manejo da doença e do luto, bem como validação da experiência vivida pelo paciente e da importância do trabalho multidisciplinar no tratamento (OMS, 1990).

No começo da década de 1990 a ampliação do debate em saúde em diferentes especialidades do ambiente acadêmico introduziu a idéia de que os cuidados paliativos deveriam extrapolar o campo da oncologia para as demais especialidades de estudo sobre saúde (Seymour et al., 2007).

Ilustrando a adaptabilidade e relevância da filosofia paliativa na assistência à saúde mundial, importante destacar os esforços de países como Uganda que coloca os cuidados paliativos na vanguarda da tentativa de gerenciar a assistência a pessoas que convivem com HIV (Harding et al., 2003). Estudos clínicos na infectologia tem apresentado grandes avanços e contribuições no campo dos cuidados paliativos, sendo o cuidado à saúde da pessoa com HIV uma das áreas mais discutidas nesse campo, o que tem impulsionado o crescimento dos cuidados paliativos nos espaços de atenção à saúde (Alexander et al., 2015; Arku & Luginaah, 2015; Bam & Naidoo, 2014; Eustace, 2013; Makhele & Mulaudzi, 2012; Nduwimana et al., 2017; Skovdal et al., 2011; Van Deventer & Wright, 2017). Outro destaque mundial importante na oferta de um modelo baseado na comunidade de cuidados paliativos são os avanços dessa assistência na Índia, especificamente em Kerala, região responsável por dois terços de todos os cuidados paliativos do país (Damani et al., 2020; Kumar, 2019; Lin et al., 2021; Mukhopadhyay & Banerjee, 2021; Pai et al., 2020). No entanto, em muitas partes do mundo, incluindo a Índia e Uganda, apesar da experiência de excelência em alguns exemplos assistenciais, o acesso populacional a um modelo de saúde embasado sobre o paradigma dos cuidados paliativos que prioriza a humanização, integralidade, olhar singular sobre a vida e não sobre o adoecimento, ainda é limitado.

Segundo Seymour (2013) diversos países tem se deparado com o desafio de aplicar na prática a retórica filosófica dos cuidados paliativos, o que evidencia a necessidade de transformação de atitudes na comunidade e sociedade em diferentes níveis, e de uma transformação radical nas práticas de saúde paternalistas e no modelo de entrega e funcionamento dos serviços de saúde.

O começo dos anos 2000 foi um marco na releitura dos cuidados paliativos dissociados de doenças específicas, como câncer e demência, para sua ampliação e desvinculação de diagnósticos específicos, além da descentralização do cuidado para o nível

comunitário, bem como a responsabilização da sociedade pela qualidade de vida dos cidadãos em todas as fases da vida (Health Organization Regional Office for Europe, 2011). O planejamento de cuidado que tal mudança epistemológica da difusão dos cuidados paliativos promoveu, tem sido associada à melhora significativa da qualidade de vida em pessoas com mais de 80 anos; em contrapartida, planejamento de linha de cuidado demanda investimento massivo em educação profissional pública de qualidade, educação continuada, mudanças culturais sistemáticas na naturalização de conversas sobre o curso de vida, adoecimento, processo de decisão compartilhada no tratamento, autonomia na escolha de protocolos clínicos de intervenção e finitude (Detering et al., 2010).

Segundo Figueiredo (2008) os principais objetivos dos cuidados paliativos visam uma atenção à saúde focada na qualidade de vida, investigação e avaliação das prioridades singulares de cada indivíduo em seu tratamento, bom nível de controle de sintomas desconfortáveis, afirmação da vida, considerações acerca da finitude e dos ciclos de desenvolvimento da existência, inserção e consideração da família no cuidado, suporte ao luto, e fortalecimento do trabalho multiprofissional.

Sobre a perspectiva exposta, diante do acometimento por uma doença que possa oferecer ameaça à continuidade da vida, surgiu a discussão teórica de um instrumento para manifestação de interesse, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), conhecidas no Brasil como Testamento Vital (Cogo & Lunardi, 2018). Tal documento objetiva realizar o registro das escolhas do paciente acerca do seu tratamento, com destaque para sinalização de intervenções médicas às quais quer ser submetido: diálise, respiradores artificiais, ressuscitação cardiorrespiratória, alimentação alternativa. Esta prática está ancorada na noção de que cada pessoa deve estar ativamente presente em seus cuidados de saúde, com incentivo e validação da autonomia em todas as tomadas de decisão relacionadas à sua saúde; sendo um

recurso de determinação não apenas do tipo, mas também da intensidade do tratamento que a pessoa deseja (Piccini et al., 2011; Loureiro, 2008).

Segundo Cogo e Lunardi (2018) as DAV emergiram recentemente como uma das principais pautas de discussão bioética mundial como um importante recurso de proteção da autonomia individual. Países como Alemanha, Argentina, Áustria, Bélgica, EUA, França, Holanda, Hungria, Inglaterra, México, Porto Rico, Portugal e Uruguai já possuem legislação específica sobre a prática; enquanto no Brasil não há jurisprudência acerca do tema, apenas uma resolução do Conselho Federal de Medicina de 2012 que autoriza sua prática.

Uma das prioridades recentes da Organização Mundial da Saúde (2014) para os cuidados paliativos é o fortalecimento da divulgação científica e orientações técnicas a fim de viabilizar uma transição teórica de incorporação da filosofia dos cuidados paliativos como parte fundamental dos sistemas de saúde em diferentes países. A fim de melhorar o acesso equitativo a essa assistência, prioriza-se uma abordagem de atenção primária à saúde, que além da ampliação do acesso, estimula uma mudança de perspectiva teórica para os cuidados paliativos em todas as fases de vida.

Desse modo, objetiva-se a consideração dos cuidados paliativos como parte crucial da integralidade dos serviços de saúde, priorizando-se um planejamento de linha de cuidado centrado nas pessoas. Sobre esta perspectiva, o compromisso com o alívio do sofrimento físico, social ou espiritual, torna-se uma responsabilidade ética global (OMS, 2014). Independente da causa que produza uma alteração no curso da vivência da sua saúde; seja uma doença cardiovascular, uma doença crônica, um quadro agudo grave, trauma, prematuridade ou fragilidade na velhice; para citar apenas algumas das inúmeras possibilidades de alteração significativa da saúde no curso de vida, os cuidados paliativos

podem ser necessários e devem estar disponíveis na prática diária de assistência à saúde em todos os níveis de atenção (OMS, 2002).

Atualmente parte dos esforços globais de saúde está focada no fortalecimento dos cuidados paliativos como componente de cuidado integral ao longo da vida (OMS, 2014). Nesta orientação global, destaca-se o reconhecimento dos cuidados paliativos, quando indicados, como essenciais para a melhora da qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana; transpondo para a prática diária um cuidado em saúde centrado na pessoa por meio da valorização das necessidades dos pacientes, direito ao acesso à informação adequada e valorização do seu papel central no processo de tomada de decisão compartilhada em todo o tratamento. Considera-se que o sofrimento evitável por sintomas tratáveis é perpetuado pela falta de conhecimento sobre cuidados paliativos, reforçando a necessidade de educação permanente entre profissionais da saúde inseridos nos contextos comunitários e hospitalares de cuidado, incluindo inclusive, profissionais de organizações não governamentais e familiares.

Outro apontamento importante acerca das prioridades dentro dos cuidados paliativos é o reconhecimento das abordagens multidisciplinares como um modelo assistencial eficiente na atenção às necessidades de pacientes e familiares, observando-se que a prestação desse cuidado encontra maior propensão para uma prática de qualidade em realidades com uma rede de atenção à saúde forte e conectada, incluindo o apoio espiritual e aconselhamento.

A despeito da preconização da OMS pelos cuidados paliativos continuado e organizado em uma linha de cuidado encadeada, há poucos estudos sobre tal temática que considera o suporte aos familiares enlutados como uma intervenção prioritária no planejamento assistencial (Mason et al., 2020). Dentro das diretrizes apontadas pela OMS reconhece-se a disponibilidade limitada de serviços de cuidados paliativos em grande parte

do mundo e a parcela significativa de sofrimento evitável para milhões de famílias, enfatizando a necessidade de criar ou fortalecer sistemas de saúde que incluam os familiares de pacientes como um componente integral do cuidado de um paciente acometido por um agravo da saúde que possa oferecer ameaça à continuidade da vida, dentro de um continuum de cuidado que se inicia no momento do diagnóstico, sem definição prévia de quando será encerrado (OMS, 2014). A compreensão dos familiares e entes queridos como parte importante do processo terapêutico, oferecendo-lhes suporte durante o adoecimento do paciente e também no processo de luto, é um dos princípios norteadores para atuação em cuidados paliativos (Maiello et al., 2020).

1.3 Pandemia, COVID-19 e profissionais de saúde

A COVID-19 é causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 responsável pela síndrome respiratória aguda grave além de outros sintomas de padrão inflamatório. Este coronavírus foi reconhecido pela primeira vez em Wuhan – China, em dezembro de 2019. O SARS-CoV-2 é um vírus de RNA de fita simples contagioso em humanos e é o sucessor do SARS-CoV-1, cepa que causou o surto de SARS de 2002-2004, sem apresentar, no entanto, o impacto de disseminação como visto na atual pandemia (OMS, 2021).

Estudos epidemiológicos sugerem que a transmissão ocorre principalmente por pessoas infectadas sintomáticas ou assintomáticas; e em menor proporção por contato com objetos e/ou superfícies contaminadas, ou por aerossóis em ambientes fechados, sem ventilação, com grande quantidade de pessoas ou com ventilação inadequada (Burke et al., 2020; Lauer et al., 2020; Salazar & Barochiner, 2020; Verma et al., 2021).

Estudos clínicos com coleta de amostra biológica de pessoas infectadas apontam que a eliminação de SARS-CoV-2 é mais elevada no trato respiratório superior (nariz e garganta) no início do curso da doença, com pico nos primeiros três dias de sintomas (Yu et al., 2020).

Um estudo com 77 pares de transmissão infectante-infectada observou maior carga viral na região da garganta no momento do início dos sintomas, sugerindo infecção elevada antes ou no início dos sintomas, em uma estimativa de 44% (intervalo de confiança de 95%, 30-57%) de infecções que acontecem durante a fase pré-sintomática do indivíduo (He et al., 2020).

O período de incubação para COVID-19, que é o tempo entre a exposição ao vírus (infecção) e o início dos sintomas, é de cinco a sete dias, podendo estender-se até uma média de 14 dias. Durante este período, também conhecido como período “pré-sintomático”, algumas pessoas infectadas podem transmitir a doença (Arons et al., 2020). Importante reconhecer que a transmissão pré-sintomática ainda requer que o vírus se espalhe por meio de gotículas infecciosas ou por contato direto ou indireto com fluidos corporais de uma pessoa infectada. Um caso assintomático é uma pessoa infectada pelo SARS-CoV-2 mas que não desenvolve sintomas (Wei et al., 2020).

A OMS define as variantes do SARS-CoV-2 como variantes preocupantes, variantes de interesse e variantes de monitoramento. Segundo Mahardika et al. (2022) as variantes preocupantes listadas na base de dados até o primeiro semestre de 2022 são Omicron, Delta, Alfa, Beta e Gama; as variantes de interesse identificadas foram as Lambda e Mu; e a variante de monitoramento relevante a GH/490R.

Em um estudo recente sobre as novas variantes da COVID-19 (Mahardika et al., 2022) identificou-se na variante Omicron a maior divergência em relação à cepa original, apontando para uma tendência a maior variabilidade dos padrões epidemiológicos e clínicos de casos desta variante, além da identificação de sua alta transmissibilidade comunitária tendo em vista o aumento global no primeiro semestre de 2022 de casos de vírus com o genoma Omicron. A disseminação prolongada e a transmissão comunitária do vírus levou ao surgimento de variantes que intensificaram a percepção da gravidade da doença e incerteza

acerca da eficácia vacinal. A despeito da incerteza levantada, não foram identificadas evidências clínicas de redução significativa na eficácia de uma vacina já aprovada (Mahardika et al., 2022).

Segundo Harvey et al. (2021) as consequências biológicas de cada variante já identificada da manifestação viral ainda é pouco compreendida tendo em vista o curso acelerado de evolução da pandemia.

A proporção de pessoas que foram infectadas com SARS-CoV-2 e permanecem assintomáticas ainda precisa ser mais bem compreendida. Uma revisão sistemática de 79 estudos identificou que 20% das pessoas permaneceram assintomáticas durante todo o curso da infecção durante a primeira onda da pandemia (Buitrago-Garcia et al., 2020). Outra revisão sistemática, que incluiu 13 estudos, apontou para uma prevalência de 17% de casos assintomáticos (Byambasuren et al., 2020). Outro estudo entre um grupo de pacientes em hemodiálise apontou para uma taxa de 40% de pessoas assintomáticas dentro deste grupo populacional de pessoas com Doença Renal Crônica (Clarke et al., 2020).

Dentre os pacientes que ficam sintomáticos, a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolve apenas doença leve (40%) ou moderada (40%), e aproximadamente 15% desenvolve doença grave que requer suporte de oxigênio, e 5% têm doença crítica com complicações como insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência de múltiplos órgãos, incluindo lesão renal aguda e lesão cardíaca (CDC, 2020). Idade avançada, tabagismo e doenças como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença pulmonar crônica, câncer, problemas circulatórios e obesidade foram relatados como fatores de risco para doenças graves e morte (Huang et al., 2020; Zhou et al., 2020).

Estudos apontam associação do COVID-19 com manifestações mentais e neurológicas, incluindo ansiedade, depressão, alteração no sono, dor de cabeça, tontura, alteração no olfato e/ou paladar, mialgias, delírio associado à encefalite, agitação, acidente vascular cerebral, lesão cerebral, convulsões, coma e Síndrome de Guillain-Barré (Crivelenti et al., 2021; Favas et al., 2020; Kantonen et al., 2020; Koutroumanidis et al., 2021).

Ansiedade e depressão parecem ser comuns entre pessoas hospitalizadas por COVID-19, conforme estudo realizado na China, que apontou para 34% de pessoas hospitalizadas apresentando sintomas de ansiedade e 28% sintomas de depressão (Mao et al., 2020). Estudos retrospectivos realizado nos EUA com mais de 60.000 casos de COVID-19 apontam a incidência de diagnóstico psiquiátrico (incluindo transtornos de ansiedade e insônia) em 18,1% dos pacientes entre as primeiras duas semanas a três meses após o diagnóstico de COVID-19 (Mao et al., 2020).

Não há evidência de relação direta entre sintomas respiratórios e neurológicos, de modo que, pacientes com COVID-19 podem apresentar sintomas neurológicos mesmo sem sintomas respiratórios (Liotta et al., 2020). Estudos observacionais na França indicaram que 65% das pessoas com COVID-19 em UTI mostraram sinais de confusão mental ou delírio e 69% experimentaram agitação (Studart-Neto et al., 2020). Delirium foi associado a um risco aumentado de mortalidade no contexto de COVID-19 (Chen et al., 2020). Relatos de casos de síndrome de Guillain-Barré entre pessoas com COVID-19 também foram registrados (Nanda et al., 2021).

A compreensão das sequelas de médio e longo prazo do COVID-19 é ainda incipiente. Esta nova condição nomeada como síndrome pós COVID (Greenhalgh et al., 2020) encontra-se em construção para definições consensuais de suas características clínicas. Uma revisão sistemática recente realizada em 2022 identificou evidência significativa da ocorrência de eflúvio telógeno agudo (perda de cabelo) em pacientes recuperados da COVID-

19, com posterior amenização do sintoma na maioria dos participantes dos 19 estudos analisados (Nabeel et al., 2022). Estudos recentes apontam para evidências de manifestações sintomáticas neurológicas frequentes, tais como: tontura, cefaléia, distúrbios olfativos e gustativos, miopatias (alterações dos tecidos musculares); além da prevalência de sintomas como ansiedade, depressão, alteração do sono, fraqueza muscular e comprometimento cognitivo no que tem sido definido como síndrome pós COVID-19 (Shimohata, 2022; Guasp et al., 2022; Finsterer, 2022). Frente à multiplicidade do surgimento acelerado de variantes da cepa viral, não há consenso consolidado de período e prevalência para a manifestação sintomática pós COVID-19 (Beghi et al., 2022).

A síndrome de terapia pós-intensiva, mais generalista, foi bem descrita em outros pacientes criticamente enfermos, e tem sido observada em pacientes com COVID-19. No entanto, pacientes não hospitalizados (ou aqueles com COVID-19 leve a moderado) e crianças também estão relatando sintomas e sequelas de médio e longo prazo. Dados recentes sobre os efeitos a longo prazo da COVID-19 para pacientes chineses lançou um alerta sobre a persistência de alguns sintomas por pelo menos seis meses (The Lancet, 2020).

Diversos estudos na literatura científica apontam o elevado risco que profissionais de saúde têm de apresentar transtornos decorrentes de sua prática profissional, tais como: depressão, ansiedade altos níveis de exaustão, estresse, algum tipo de dependência, transtorno de estresse pós-traumático (Maharaj et al., 2019); cujo impacto a longo prazo é significativo, ainda mais em um contexto crítico de saúde (Muñoz-Sánchez et al., 2018; Lai et al., 2019).

Em uma pesquisa realizada por Nogueira e Bonvicini (2021) sobre o contexto laboral na pandemia, foi identificado impacto significativo sobre a satisfação e qualidade de vida no contexto de trabalho em função da pandemia, o que contribuiu para o desenvolvimento de

sofrimento mental, estresse laboral, burnout, sobretudo em ambientes de atuação de profissionais da saúde.

O aumento do sofrimento mental entre profissionais da saúde foi percebido como diretamente relacionado com o medo da contaminação pelo vírus da COVID-19, o estresse do contexto pandêmico, além da cobrança sofrida sobre o impacto que um erro de conduta poderia gerar sobre a piora do estado de saúde dos pacientes (Pereira et al., 2020).

Enquanto a maioria da população foi orientada a permanecer em casa, seguir o isolamento social e priorizar o trabalho na modalidade doméstica; os profissionais de saúde precisaram experienciar o paradoxo de ouvir tais orientações e seguirem com a rotina de trabalho em exposição direta ao vírus; o que, somado à escassez de equipamentos de segurança no começo da crise sanitária, tornou essa população um dos grupos mais infectados pela COVID19 (Ruiz-Fernández et al., 2020). Como resposta ao ineditismo das demandas apresentadas, os profissionais de saúde precisaram manejar a falta de recursos com a necessidade de ultrapassar seus limites físicos e mentais diariamente, a fim de manejar as demandas de pacientes, familiares e pessoais, em um contexto permeado por incertezas e desprovido de guias específicos e orientações claras de condutas (Greenberg et al., 2020).

A exposição a um elevado nível de sofrimento dos pacientes – incertezas associadas ao diagnóstico e curso da doença, severidade dos sintomas, medo da morte – em sistemas de saúde sobrecarregado, somado à necessidade de oferta de uma assistência responsiva às demandas desses mesmos pacientes enquanto vêm-se obrigados a tomar decisões éticas e moralmente complexas, colocou os profissionais de saúde em uma situação desafiadora (Brooks et al., 2020; Fang et al., 2021; Kock et al., 2021; Xianget et al., 2020). Essas decisões podem incluir o cuidado de pacientes seriamente comprometidos com recursos limitados ou inadequados, tendo que priorizar alguns pacientes em detrimento de outros, o que pode

desencadear sofrimento mental e/ou sensação de injúria moral. Segundo Litzet et al. (2009) a injúria moral no contexto de saúde pode ser considerado um fator de risco para o distresse psicológico por ser responsável pela sensação de contradição que o profissional de saúde tem em relação à decisão tomada e seu próprio senso ético e código moral, que pode desencadear sentimentos de vergonha, culpa e desvalidação pessoal.

Os profissionais de saúde diretamente envolvidos com a pandemia nas diferentes fases: diagnóstico, tratamento e processo de morte, uma vez que, grande parte dos pacientes que manifestam agravamentos da infecção não pode ser acompanhada por seus familiares no processo de internação aumentando os casos de morte solitária; tornam-se mais vulneráveis ao surgimento de ansiedade, depressão e estresse (Saadati & Poorhosein, 2020), elevando para mais de 50% de casos identificados de ansiedade e exaustão entre profissionais de saúde ativos.

Todo esse contexto se configura um fator de risco importante para o surgimento de sintomas relacionados à ansiedade, insegurança e medo, que podem se manifestar de diversas formas, inclusive por meio da agitação, irritabilidade, dificuldade para relaxar e distresse (Chen et al., 2020).

Um estudo exploratório realizado na China com o objetivo de entender e mapear a saúde mental e necessidade de profissionais da saúde a fim de delimitar ações preventivas identificou um risco elevado para desenvolvimento de problemas psicológicos entre profissionais da saúde atuantes durante a pandemia, com fatores de risco elevados entre mulheres, enfermeiras com níveis educacionais mais baixos (Fang et al, 2021). Esses resultados também foram identificados em uma revisão da literatura sobre a saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia (Kock et al, 2021) que identificou um impacto significativo sobre o bem estar psicológico nessa população, especialmente entre enfermeiras

mulheres. Outros fatores de risco identificados foram acometimento prévio por outras comorbidades, preocupações com os próprios familiares, medo de infecção, falta de equipamentos de proteção pessoal e contato próximo e frequente com a COVID-19.

A fadiga por compaixão é uma das síndromes que mais se aproxima das manifestações de sofrimento no trabalho experienciadas por profissionais de saúde quando vivenciam uma experiência traumática e complexa no espaço laboral; sendo um dos custos do cuidado ofertado às dores físicas e/ou emocionais associado ao desejo de alívio do sofrimento do outro (Ruiz-Fernandez et al., 2020). Um dos seus efeitos pode ser o distanciamento do profissional com o paciente, como estratégia de defesa do profissional, o que pode impactar na qualidade da assistência ofertada (Sabo, 2011).

Segundo Rodrigues et al. (2018), o Burnout é outra síndrome do contexto laboral que se aproxima da fadiga por compaixão, estando aquela relacionada à exaustão emocional e física, cinismo e/ou distanciamento do ambiente de trabalho, falta de satisfação e realização pessoal no trabalho, avaliação negativa da competência pessoal no trabalho e despersonalização (tendência a objetificação dos pacientes e colegas de trabalho como resultado à insensibilidade emocional no manejo das situações apresentadas).

O distress acaba por se intensificar quando o desejo do profissional de saúde por promover um alívio da dor do paciente excede suas habilidades e capacidade de ação possível no controle das situações críticas às quais se depara (Nolte et al., 2017).

Os profissionais de saúde atuantes na linha de frente da COVID19 encontram-se em risco elevado de desenvolver problemas relacionados à saúde mental, o que a ponta para a necessidade da oferta de suporte psicológico à essa população (Fang et al., 2021; Kock et al., 2021; Lai et al., 2020). Em um estudo espanhol conduzido por Ruiz-Fernandez et al., (2020) foi identificado níveis médios a elevados de sofrimento relacionado à fadiga por compaixão e

burnout entre profissionais de saúde durante a pandemia do novo coronavírus; sendo que, os profissionais que lotados em unidades especializadas no tratamento da COVID19 apresentaram níveis mais graves de sofrimento em relação aos profissionais lotados em unidades que não estavam diretamente ligadas à COVID19, indo de encontro aos resultados encontrados em outro estudo asiático sobre o sofrimento psíquico de profissionais atuantes na linha de frente da pandemia (Lai et al., 2020).

Em contrapartida ao *Burnout* e fadiga por compaixão, a satisfação por compaixão (Roney & Acri, 2018) apresenta-se como um fator protetivo para profissionais de saúde, que se manifesta quando experienciam satisfação com as relações de trabalho estabelecidas entre colegas com os resultados alcançados no trabalho ou quando sentem que sua atuação tem valor e impacto social, em como construção de um sentido pessoal acerca da relevância da dedicação investida nas práticas e atividades desempenhadas.

Um estudo exploratório realizado no começo da pandemia na Austrália (Digby et al., 2021), cujo objetivo foi determinar o impacto do trabalho durante o estágio inicial da pandemia de COVID-19 no bem-estar da equipe de um hospital de emergência, ouviu 321 profissionais de saúde com relatos recorrentes de ansiedade, medo e incerteza relacionados à pandemia, nas perspectivas de trabalho, casa, família e comunidade. Dentre os relatos mais marcantes, destacam-se a sensação de confusão com as mensagens inconsistentes recebidas do governo, da gestão hospitalar e da mídia nacional. Foram identificados grandes temas de concentração dos conteúdos analisados em entrevista que merecem destaque pelo apontamento do panorama geral das condições peculiares de trabalho dos profissionais de saúde no contexto pandêmico: preocupação com o atendimento ao paciente; mudança nas condições de trabalho; trabalho no ambiente hospitalar alterado; isolamento e incerteza pessoal; mudança e dificuldade de articulação com liderança e gestão; necessidade de apoio adicional aos profissionais. Apesar da Austrália apresentar indicadores de bom manejo da

pandemia, os profissionais de todas as especialidades avaliadas relataram um alto grau de ansiedade antecipatória.

Tal estudo aponta a relevância de um apoio gerencial e psicológico que deverá ser ofertado aos profissionais de saúde durante a crise sanitária, a fim de mitigar os danos causados pela maior propensão no desenvolvimento de sintomas ansiosos e promoção do bem-estar e resiliência para manejo da crise de saúde. Para além do cuidado com a saúde mental dos profissionais, a manutenção de uma comunicação regular e segura, direcionando o caminho mais constante de direcionamento de intervenções é crucial (Digby et al., 2021).

Em função da natureza do trabalho os profissionais de saúde se encontram em posição de maior vulnerabilidade de exposição ao vírus, e conseqüentemente, maior chance de infecção (Kursumovic et al., 2020). No entanto, os riscos aos quais os profissionais encontram-se expostos extrapolam a ameaça direta pelo vírus e adentram as vulnerabilidades psíquicas que o atual contexto potencializou. A exposição ao COVID-19 potencializa a percepção de estresse psicológico vivenciado pelas equipes e pode ter efeito duradouro para profissionais atuantes na linha de frente da pandemia (Junet et al., 2020); aumenta o isolamento social (Shanafelt et al., 2020); produz medo de transmissão do vírus à família; sobrecarga de trabalho pelo excesso de horas de plantões e nível de gravidade de intercorrências manejadas no turno do trabalho; angústia e sensação de aumento de risco de exposição pelo falta de equipamentos de segurança suficientes; além da inserção de dilemas morais no contexto do trabalho no manejo com o paciente com manifestações graves da infecção pela COVID-19 e respectivos familiares (Pappa et al., 2020; Shanafelt et al., 2020).

O medo de transmissão para familiares merece destaque no potencial impacto nocivo à saúde mental de profissionais da saúde. Um estudo irlandês identificou elevados níveis de

distresse entre profissionais que tinham filhos menores de idade associado ao medo acentuado de transmissão a esses familiares (Gavin et al., 2020).

Múltiplos estudos em diversos países propuseram-se a investigar os impactos psicológicos do trabalho na pandemia sobre profissionais de saúde atuantes na linha de frente (Digby et al., 2020; Fang et al., 2021; Guo et al., 2020; Liu et al., 2020, & Pappa et al., 2020). Todos apresentam unanimidade nos resultados de identificação do aumento do distress psicológico entre profissionais de saúde após início da pandemia pelo novo coronavírus.

Um dos fatores associados ao aumento do distress é a preocupação dos profissionais da saúde com a oferta de um cuidado de qualidade aos usuários do sistema de saúde. Digby (2020) identificou relatos recorrentes de profissionais que questionavam sobre a qualidade das teleconsultas – percebidas como despersonalizadas – de pacientes com doenças crônicas não infectados pela COVID-19 que tiveram o acesso às consultas ambulatoriais e aos hospitais reduzidas como medida de proteção à exposição à infecção. Para além da preocupação com os pacientes acometidos pelo vírus, as equipes se viram com preocupações adicionais direcionadas a uma parcela significativa da população atendida que teve seu acesso aos centros de saúde reduzido como medida de contingenciamento e proteção dos grupos mais vulneráveis.

Um estudo espanhol identificou a correlação entre os quadros de ansiedade de profissionais de saúde atuantes na linha de frente da COVID-19 com a falta de equipamentos de segurança adequados e pontuação elevada na escala de burnout, com destaque para a ocorrência dos itens de exaustão emocional e despersonalização (Lázaro-Pérez et al., 2020). Outro importante fator identificado como potencializador do estresse ocupacional foi a falta de definição de protocolos de trabalho adequados ao contexto pandêmico.

Segundo Horesh e Brown (2020) intervenções psicológicas precoces tem sido apontadas como efetivas maneiras de intensificar a resiliência de profissionais de saúde na lida com o trauma no contexto de trabalho; bem como a identificação precoce dos fatores de risco individuais de cada membro da equipe de saúde para o planejamento de grupos de trabalho e intervenção em saúde mental (Ng et al., 2020).

Algumas das estratégias que podem minimizar o sofrimento mental experienciado pelas equipes de saúde são: disponibilização de equipamento adequado; canais de comunicação claros e bem treinados de lideranças; incentivo à verbalização das experiências vivenciadas; suporte psicológico; inclusão dos profissionais de trabalho remoto nos processos de trabalho e tomadas de decisão, tendo em vista a vivência compartilhada de ansiedade e angústia por parte dos profissionais nessa modalidade; ações de potencialização das estratégias de enfrentamento dos profissionais e desenvolvimento de resiliência; incentivo à manutenção de contato entre diferentes membros da equipe para manutenção do “espírito de equipe”, gratidão, respeito e vivência comunitária (Billings et al., 2020; & Shanafelt et al., 2020).

Na Espanha, algumas associações de Psicólogos tem ofertado assistência solidária tanto para os profissionais de saúde como para a população em geral com objetivo de auxílio no manejo dos impactos emocionais desencadeados pela pandemia e processos de luto vivenciados por esses seguimentos populacionais (Lázaro-Pérez et al., 2020). No entanto, essas ações não fazem parte de uma estratégia nacional com definições padronizadas e oficiais de intervenção e manejo dos casos atendidos, o que ressalta a necessidade de oficialização e visibilidade dessa assistência.

Estudos recentes apontam a relevância da criação e aplicação de programas de intervenção com foco na saúde mental em um contexto pandêmico (Talat et al., 2020). No

entanto, essa falta de priorização de investimento e planejamento em assistência psicológica em situações de crise e emergência global evidencia a falta de reconhecimento da importância dada pela gestão de saúde nesta área. Um estudo apontou que nas regiões da China mais afetadas pela COVID19 houve uma incidência de 7% de estresse pós traumático na população geral um mês após o surto da pandemia, evidenciando a necessidade de atendimento psicológico, intervenções focais programas com foco psicossocial não só durante os meses de maior infecção, mas também depois (Liu et al., 2020).

A necessidade de análise e cuidado com o contexto de trabalho dos profissionais de saúde foi um dos resultados encontrados em uma pesquisa espanhola (Lázaro-Pérez et al., 2020), especialmente nos contextos de trabalho em que envolvem o risco de morte e contato diário com o processo de luto pela perda de um ente querido ou de pacientes. Embora a temática da morte seja considerada um tabu por grande parte da sociedade, tal experiência acaba por se naturalizar entre profissionais de saúde em função da proximidade com esses processos (Quintanas, 2010). Até muito recentemente, grande parte da comunidade médica entendia a morte como o fracasso da medicina, ignorando em alguns casos os cuidados paliativos em prol da obstinação terapêutica, o que favorecia a prática de comunicações não realistas com familiares de pacientes que se encontravam em processo de fim de vida (Lázaro-Pérez, 2016).

Segundo Freitas et al. (2021) os princípios chaves para um bom enfrentamento de uma pandemia envolvem: 1) seriedade no manejo do problema; 2) coordenação de ações multisetoriais em nível nacional e internacional; 3) desenvolvimento de comunicação ampla e acessível com a comunidade técnico-científica; 4) estabelecimento de ações que posterguem a disseminação da infecção em novos territórios; 5) buscar medidas de contenção e controle da propagação da infecção à medida que a transmissão comunitária começa a acontecer; 6) fortalecer ações de vigilância epidemiológica de base territorial e intensificação de rastreamento de

infecção para interrupção da cadeia transmissiva; 7) ampliar a realização de testes diagnósticos; 8) priorização de medidas para salvar vidas em todos os níveis de atenção; 9) proteger e assegurar a população mais vulnerável e profissionais de saúde; 10) investimento na pesquisa científica; 11) planejamento e preparação para o manejo do futuro pós pandêmico.

Infelizmente a resposta brasileira à pandemia apresentou falhas em todos os itens de orientação técnica para bom manejo da pandemia, com identificação de colapso dos serviços de saúde em Manaus no mês de abril de 2020, onde houve relatos de pessoas morrendo em casa sem assistência médica e sendo enterradas em valas coletivas (Orellana et al., 2020). Segundo Freitas, Barcellos e Villela et al. (2021) a ausência de uma liderança nacional para gestão da crise sanitária continuou a ser sentida na falta de ações efetivas para a redução do avanço acelerado no número de óbitos nacional, que seguiu a tendência grave identificada em Manaus atingindo as marcas de 194.949 óbitos acumulados em 2020; para 618.984 óbitos acumulados em 2021, com um aumento de 424.035 de óbitos no ano; para 662.557 óbitos acumulados até abril de 2022, com um aumento de 43.573 óbitos em relação ao ano anterior.

Segundo Reis et al. (2022) uma das consequências enfrentadas pelo quadro epidemiológico brasileiro durante a pandemia é a dificuldade da elaboração do luto em realidades como a apresentada acima no contexto amazônico, com enterros relâmpagos, parentes desolados e luto frustrado.

1.4 Processo de Luto pela COVID-19

Além dos cuidados demandados por familiares durante o quadro clínico da infecção, é importante considerar a necessidade de assistência no período do luto pelos pacientes cujo adoecimento é fatal. Até o segundo semestre de 2022 ultrapassou-se a marca de mais de seis milhões de mortes por COVID-19 no mundo, sendo o Brasil, responsável por mais de 660

mil mortes (OMS, 2021). Essas marcas apontam para o surgimento de milhares de pessoas enlutadas e urgência de intervenções em saúde mental que proponham suporte e cuidado ao processo de luto em um contexto de emergência e crise global de saúde.

Resgatando referências clássicas de estudo do luto, como no texto freudiano “Luto e melancolia” tido como um marco norteador para os estudos psicodinâmicos sobre a temática, o luto é considerado uma reação à perda de uma pessoa ou de uma abstração como o senso de liberdade, valores culturais, idéias, a pátria, dentre outros (Freud, 1915). A atualidade dos apontamentos feitos por Freud em um estudo escrito durante a primeira guerra traz uma leitura ampla na consideração do processo de luto que extrapola a essa relação para uma perda objetal, tradução possível da realidade pandêmica atual, que apresenta um cenário catastrófico coletivo arbitrário e inevitável, com impactos significativos na imposição de perdas diversas (Verztman & Romão-Dias, 2020).

Segundo Cassorla (1992) o processo de luto apresenta-se como uma experiência singular, possível de sofrer influências pelas circunstâncias de ocorrência do óbito, relação prévia estabelecida com o ente querido falecido, sistemas de crença envolvidos nos sentidos atribuídos à morte e à finitude, e pelas próprias características pessoais da pessoa enlutada. Tal visão corrobora a perspectiva teórica de Fuchs (2018) que considera o luto um processo complexo e heterogêneo, podendo se manifestar de diversas formas, todas sobre influência de múltiplos fatores que se correlacionam e estão sujeitos a variações culturais e sistêmicas.

Sobre essa perspectiva teórica apresentada, Fuchs (2018) apresenta algumas manifestações comuns e compartilhadas da vivência do luto, sendo a sua primeira etapa vivenciada como um “choque” resultante por um atravessamento existencial irreversível que a ausência física de uma pessoa querida impõe.

Um segundo aspecto relevante da vivência do luto é a ambiguidade experienciada pela pessoa enlutada no manejo desafiador entre ausência e presença, entre passado e presente/futuro. Tal ambiguidade se instala no dia a dia na medida em que a pessoa enlutada precisa lidar com a carga emocional de um mundo simbólico pessoal onde a presença da pessoa amada ainda é tão constante e um mundo concreto e estranho em que sua ausência emite sinais constantes e demandas exaustivas de adaptação; uma existência que se eterniza nas lembranças e no seu legado, mas que se ausenta na presença física (Fuchs, 2018).

A natureza processual do luto é outra característica recorrente nos relatos experienciais e corpo teórico (Freud, 1915; Fuchs, 2018; Kubler-Ross, 1998; Zisook & Shear, 2009). Em 1969 Elisabeth Kubler-Ross publicou sua teoria sobre os cinco estágios do luto, pelos quais passam tanto pacientes em diante de uma doença ameaçadora de vida quanto seus familiares após a perda, sendo eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Afonso & Minayo, 2013).

Segundo Kubler-Ross (2011) esses estágios emocionais do processo de luto iniciam-se com a negação e isolamento, caracterizado pela busca do indivíduo pela confirmação de que o adoecimento ou a perda é um engano, com demanda por tempo para assimilar a realidade. O segundo estágio é a raiva, que envolve o sentimento de frustração e revolta pelo ocorrido e mágoa pelo que se percebe estar abrindo mão dentro da experiência de vida. O terceiro estágio é a barganha, caracterizado pela tentativa de mudança da situação adversa condicionada ao bom comportamento ou promessas de mudança de vida e arrependimentos. No quarto estágio encontra-se a depressão, que poderá se manifestar de maneira reativa (surge quando a morte de um ente querido está próxima) ou preparatória (acontece quando o indivíduo percebe uma perda futura). Por fim, identifica-se o estágio da aceitação, caracterizado pela fase de elaboração da experiência de perda, tendo sido focado pela

autora a perda da saúde vivenciada pelo paciente ou a perda do ente querido vivenciada pela família (Kubler-Ross, 2011).

No entanto, importante ressaltar, que a noção de processo não atribui ao luto a alcunha de linear e fluido; sendo uma das suas características marcantes a evolução desorganizada, instável e com oscilações intensas entre a sensação de presença do ente querido e constatação irreversível de sua ausência. Nesse processo individualizado, a angústia constante vivenciada inicialmente passa, depois de um tempo, a se manifestar de forma espontânea para ir dando lugar às ocorrências eliciadas por episódios específicos associados a alguma lembrança ou relação com a pessoa falecida (Dantas et al., 2020).

Em 1965 Colin Murray Parkes publicou seu primeiro estudo sobre luto onde identificou que a incidência de pessoas enlutadas que procuravam atendimento psiquiátrico era menor entre pessoas que estavam experienciando luto patológico do que entre as demais (Parkes, 1965). Esse estudo apontou parte do problema enfrentado nesta área de conhecimento da saúde, que era a falta de estudos sistemáticos sobre o luto “não complicado”.

Os estudos que precederam a criação da teoria do apego (Bowlby, 1969) foram marcos teóricos importantes para o entendimento do processo de luto sobre uma perspectiva epistemológica que saísse da visão patológica. Em 1952, Bowlby iniciou pesquisas sobre as reações de crianças que passaram por separações precoces de suas mães, onde se identificou a expressão de um padrão distinto de luto seguido de uma fase de ansiedade de separação, desorganização e desamparo, para então manifestar uma fase final de recuperação marcada pela busca de novas vinculações (Robertson & Bowlby, 1952). Colocaram-se em evidência os riscos da separação de crianças de suas mães e do impacto sobre relações futuras, o que estendeu a compreensão da natureza dos laços afetivos e suas conseqüências quando

separações e/ou perdas acontecem. Bowlby formulou o conceito de “base segura”, que na infância deverá ser provida por uma relação segura com as figuras de referência de cuidado do indivíduo, o que estimulará a criança a explorar o mundo e enfrentar os desafios encontrados. Em contrapartida, a falta de uma base segura poderá aumentar o risco para a criação de sérios problemas que poderão interferir no desenvolvimento cognitivo e emocional de um indivíduo (Bowlby, 1988).

Tais achados convergiram com uma pesquisa realizada por Parkes no mesmo período com viúvas, mas com particularidades no processo de luto identificadas no relato das participantes que apontavam um período de embotamento importante no processo; apontando aos pesquisadores a necessidade de reconhecer a existência de variáveis individuais significativas na resposta ao luto, de modo que, cada indivíduo passará por essas fases do seu próprio modo e ritmo (Bowlby & Parkes, 1970).

Mary Ainsworth (1988) desenvolveu um estudo sistemático sobre o apego que culminou no desenvolvimento da distinção entre padrões de apego seguro (estilo de apego mais adaptativo, caracterizado pela maior disponibilidade das figuras de referência de cuidado que são capazes de atender às necessidades da criança adequada e receptivamente, aumentando sua sensação de segurança e habilidade para resoluções de problemas e demandas emocionais futuras) e apego inseguro (ansioso-ambivalente, ansioso-evitativo e desorganizado-desorientado). O estilo ansioso-ambivalente é caracterizado por uma parentalidade ansiosa e superprotetora, insensível à necessidade de autonomia da criança, que tende a ficar ansiosa e apegada, com grau de angústia elevado quando distante do cuidador. O estilo de apego ansioso-evitativo é marcado por uma parentalidade distante onde a criança tende a inibir o seu apego e necessidade de proximidade aparentando uma independência que mascara a ansiedade subjacente. Nos dois estilos de apego apresentados as crianças aprenderam a lidar com suas figuras de cuidado ou mantendo-se próximas (estilo ansioso-

ambivalente) ou mantendo-se distantes (estilo ansioso-evitativo). O estilo de apego inseguro desorganizado-desorientado é caracterizado pela falta de tais estratégias adaptativas em função da exposição a um ambiente com elevados níveis de estresse e/ou sofrimento mental, com figuras de cuidado imprevisíveis e inconsistentes no exercício da parentalidade e consequente sensação de insegurança da criança (Ainsworth, 1988).

A Teoria do Apego é de fundamental importância nos estudos sobre o luto por apontarem entendimentos acerca do padrão de resposta dos indivíduos no processos de luto vivenciados. Um estudo longitudinal com participantes enlutados apontou que pessoas com estilo de apego seguro com seus pais tiveram escores de estresse menores do que pessoas com estilos de apego inseguros durante o processo do luto (Parkes, 2006).

Em um estudo longitudinal com viúvas e viúvos por um período de quatro anos após a perda, Parkes (2010) objetivou identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de problemas com a saúde mental advindos do processo de luto e otimização no planejamento de intervenção precoce nesses casos. A avaliação embasou-se nas diferenças entre grupos que precisavam recorrer à ajuda externa às suas famílias e grupos que conseguiam passar pelo processo de luto sem recorrer a tal recurso.

Foram identificados três grandes grupos de fatores de risco para o luto (Parkes, 2010), com resultados similares em múltiplos estudos do mesmo período sobre luto (Maddison et al., 1969; Maddison & Walker, 1967), sendo eles:

Forma da perda: envolve a característica súbita ou inesperada para as quais as pessoas não estão preparadas; múltiplas perdas; perdas violentas; perdas pelas quais as pessoas se sentem responsáveis; perdas pelas quais outros são vistos como responsáveis; perdas desprivilegiadas (não reconhecidas ou com limitações na permissão externa para sua expressividade emocional).

Vulnerabilidade pessoal: dependência da pessoa falecida ou figura de referência para a pessoa falecida; ambivalência em relação à pessoa falecida; pessoas com falta de auto-estima ou confiança nos outros; pessoas com história prévia de vulnerabilidade psicológica.

Falta de suporte social: família ausente ou percebida como negligente; isolamento social.

O reconhecimento de que um evento externo de vida poderia produzir uma síndrome e/ou um quadro de sofrimento psíquico com características semiológicas específicas e padronizadas veio com a inclusão do Transtorno de Estresse Pós Traumático - TEPT na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (American Psychiatric Association, 1994).

Estudos que objetivavam a formulação de critérios para o diagnóstico do luto patológico se iniciaram (Raphael & Martinek, 1997; Horowitz et al., 1993) mas o estudo mais expressivos no campo que conseguiu estabelecer de forma sistemática um critério claro para a identificação de um Transtorno do Luto Prolongado (anteriormente nomeado como Luto Crônico, Transtorno do Luto Traumático, Luto complicado ou Transtorno do Luto) foi conduzido por Holly et al. (2008). Dentro desta proposta de definição do Luto Prolongado os critérios que apontados para avaliação e possível diagnóstico seriam:

- A. Evento: Perda de um ente querido;
- B. Angústia de separação: a pessoa enlutada vivencia pelo menos um dos sintomas diariamente em um grau acentuado:
 - 1. Pensamentos intrusivos relacionados à pessoa falecida;
 - 2. Sentimentos intensos de dor emocional, tristeza ou dores do luto com a relação perdida

3. Anseio pela pessoa perdida.
- C. Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa enlutada apresenta cinco ou mais dos seguintes sintomas:
1. Confusão sobre seu papel na vida ou redução do senso de identidade (sentir que uma parte de si mesmo morreu);
 2. Dificuldade de aceitação da perda;
 3. Evitação de contato com a realidade da perda;
 4. Incapacidade de confiar nos outros após a perda;
 5. Raiva em relação à perda;
 6. Dificuldade em seguir em frente com a vida;
 7. Dormência (ausência de emoção desde a perda);
 8. Esvaziamento de sentido de vida ou insatisfação com a mesma após a perda;
 9. Sensação de choque ou confusão em relação à perda.
- D. Duração: manutenção do quadro por pelo menos seis meses após a perda.
- E. Comprometimento: o quadro sintomático causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida da pessoa.
- F. Exclusão médica: a alteração emocional não está relacionada com efeitos fisiológicos de uma medicação/substância ou a uma outra doença.
- G. Relação com outros transtornos mentais: o quadro apresentado não pode ser caracterizado como Depressão Maior, Transtorno de ansiedade generalizada ou Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

A intensificação de estudos voltados para a temática do luto aponta para um *zeitgeist* propício para o fortalecimento deste campo do conhecimento, que resultou no início de

trabalhos e estruturação de programas de intervenções pensados para a população enlutada (Raphael, 1977).

Segundo Dantas et al. (2020) a evolução dos estudos acerca do luto apontam para a ênfase sobre a construção de novas formas de se relacionar mais significativas em detrimento ao rompimento de vínculos ou desapego com o ente falecido. Para tanto, dois processos complementares estão envolvidos nesse restabelecimento: a identificação e a representação, sendo esta a recordação pelas diversas vias simbólicas oferecidas pela história de vida, cultura e desenrolar do cotidiano, que compõem a construção narrativa da relação com a pessoa amada e novas construções de sentido para a perda; e aquele a ocupação de um papel interno de conforto pelo ente querido, em harmonia com a realidade externa de ausência.

O contexto pandêmico acrescenta dificuldades extras sobre a experiência de luto, como as perdas em massa em curto espaço de tempo, as dificuldades na realização de rituais de despedida e a redução da rede de apoio para enfrentamento da crise (Crepaldi et al., 2020). A identificação de alterações na natureza da vivência do processo de luto e terminalidade já foi identificada em diversas culturas em função desta alteração da rotina durante a pandemia, especialmente associado às medidas de distanciamento social e o contato exclusivamente via celular ou *tablet* entre pessoas hospitalizadas e seus familiares (Arango, 2020; Ferguson et al., 2020; Walker et al., 2020)

Crepaldi et al. (2020) apontam a necessidade de soluções alternativas para a ritualização do processo de luto em um contexto adverso e permeado de limitações como o da atual pandemia.

Observou-se em um estudo (Schuler et al., 2017), que a continuidade de grupos de suporte para familiares iniciados durante os cuidados paliativos, funcionou como um fator preventivo para os cuidadores que apresentaram risco de adoecimento relacionado ao

processo de elaboração do luto. A existência desses grupos representa o cumprimento de um dos pilares dos cuidados paliativos que é a oferta de um atendimento centrado na família e não apenas no paciente (OMS, 2014).

Somado à complexidade que o processo de luto envolve, o contexto da pandemia pelo novo coronavírus acrescentou novos desafios a essa experiência de fragilidade emocional. Medidas de proteção e controle da disseminação da infecção como restrições de acompanhantes e visitas hospitalares de pacientes infectados, restrições de funerais e rituais de despedida, que acabaram por, elevar o número de casos de processo de morte solitária, tornaram-se fatores de risco para desenvolvimento de processo de luto complicado e impactos sobre a saúde mental em diferentes países (Hugelius et al., 2021; Mistraletti et al., 2021; Selman et al., 2021; Strang et al., 2020).

1.5 Grupo “Vínculos e Reflexões”

Em resposta às demandas urgentes e robustas de sofrimento emocional associado às milhares de pessoas enlutadas no país, foi desenvolvido na Universidade de Brasília com posterior adoção pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal um programa de intervenção grupal direcionado à população que perdeu familiares e/ou entes queridos em função do diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus. A intervenção grupal foi intitulada “Vínculos e Reflexões” e é composta por seis encontros na modalidade online – em consideração às orientações sanitárias de segurança - e gratuito, tendo como base teórica a Terapia Narrativa (Lordello & Silva, 2021).

Ao final do primeiro semestre de 2020 foram desenvolvidas diversas ações de promoção de saúde mental com foco no enfrentamento da pandemia pelo Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SSMAPPS) da Universidade de Brasília (UnB), que naquele período encontrava-se vinculado ao Comitê Gestor do Plano de Contingência (COES).

Frente ao aumento expressivo e acelerado de óbitos por COVID-19 no contexto nacional e distrital, a demanda pela oferta de um serviço com foco no suporte ao luto se tornou recorrente, motivando uma resposta imediata de oferta do primeiro grupo direcionado a este seguimento populacional específico, mediado pela Diretoria de Atenção à Saúde Universitária (DASU) através de iniciativa da respectiva diretora Larissa Polejack. A elaboração da proposta e estruturação da intervenção grupal foi resultado do trabalho das professoras Isabela Machado da Silva e Silva Renata Lordello do Departamento de Psicologia Clínica da UnB (PCL UnB) (Silva et al., 2021).

A inspiração para criação do nome “Vínculos e Reflexões” veio da base teórica basilar da intervenção, a Terapia Narrativa (White, 2007), fazendo alusão a dimensões importantes do trabalho grupal que busca estimular a elaboração e relato da própria história de vida, especialmente das vivências compartilhadas e mutuamente influenciadas pela vinculação afetiva construída com o ente querido falecido. Desse modo, o nome escolhido reflete o compromisso da intervenção com a história de vida e valorização do impacto que tal vinculação afetiva exerce sobre a trajetória de cada participante, por meio do reconhecimento das construções relacionais realizadas, do legado deixado e entregue, e do impacto que esses vínculos exercem sobre a maneira como cada participante enxerga a si mesmo e a vida (Silva et al., 2021).

A primeira oferta do grupo foi realizada no segundo semestre de 2020, com divulgação em redes sociais e imprensa brasileira. Identificou no público inscrito uma parcela diferente do público alvo, com interesses acadêmicos ou de suporte em saúde mental, dissociado da condicionalidade de estar vivendo um processo de luto; ficando 26 participantes divididos em três grupos distintos após triagem (Silva et al., 2021).

Frente às avaliações positivas das participantes dos primeiros grupos ofertados e do aumento expressivo do público alvo foi ofertado no segundo semestre de 2020 pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB (PPGpsiCC) uma disciplina de Tópicos Especiais em Conjugal e Familiar, ministrada pelas professoras Isabela Machado da Silva e Silvia Renata Lordello, com enfoque teórico-prático no grupo “Vínculos e Reflexões” para posterior trabalho das alunas de pós graduação com pessoas enlutadas pela COVID-19. A formação abarcou temáticas relacionadas ao processo de luto, seus fatores de risco e de proteção, pandemia da COVID-19, técnica e manejo no atendimento a pessoas enlutadas, teoria de grupos, efeitos psicológicos da pandemia, e cuidados éticos no atendimento remoto.

Finalizada a disciplina foi identificado pela DASU um número expressivo de demanda da população enlutada por novos grupos, em função da segunda onda da pandemia. Construiu-se uma equipe com alunas de pós-graduação egressas da disciplina de Tópicos Especiais em Conjugal e Familiar, estagiárias de graduação, psicólogas voluntárias e monitoras da DASU responsáveis pela logística e organização dos grupos que atendeu a 64 participantes distribuídos em 11 estados brasileiros e no exterior. Frente ao aumento expressivo do público atendido o modelo de supervisão pré e pós-sessão foi substituído pela intervenção semanal entre as facilitadoras (Silvia et al., 2021).

Frente à demanda comunitária constante para participação dos grupos foi realizado no primeiro semestre de 2021 uma parceria com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), concretizada na forma de um Curso de Extensão da UnB intitulado “Formação de Multiplicadores em Manejo de Grupos de Enlutados pela COVID-19” que contou com a participação de 37 psicólogos da SES-DF, 16 psicólogos das instituições parceiras da DASU, 28 estagiárias do curso de Psicologia da UnB e uma equipe que ministrou (Prof. Silvia Lordello, Prof. Larissa Polejack) e coordenou o curso (a coordenadora da COAP/DASU Dra Cristineide França, a Gerente de Psicologia da SES-DF Rúbia Marinari Siqueira, e equipe de

apoio da DASU). Essa ação de extensão apresentou um elevado potencial de impacto na rede assistencial tendo em vista a capacidade de alcance da proposta interventiva por meio dos psicólogos inseridos em todos os níveis de atenção à saúde que poderão divulgar e instituir o trabalho em suas rotinas por meio do matriciamento de outras equipes (Silvia et al., 2021).

Desse modo, os grupos abertos à população geral apresentavam três critérios de inclusão: participantes maiores de 18 anos; ter acesso à internet para presença nos encontros online; e ter perdido algum familiar acometido pela COVID-19. Nas divulgações eram descritas as orientações de acesso a um formulário online no *Google forms* onde as pessoas interessadas deveriam preencher dados cadastrais básicos (nome completo, data de nascimento, telefone para contato, e-mail, e vinculação com o ente querido falecido). Após preenchimento do formulário os interessados eram informados sobre o futuro contato via e-mail e/ou telefone celular pela equipe de facilitadores do grupo para informação da data de início do grupo e orientações gerais de funcionamento da intervenção online (plataforma de chamada de vídeo online utilizada, orientações de cuidado ambiental para sigilo, informação da duração de cada encontro, estruturação da intervenção e data de encerramento).

Cada grupo ofertado contou com a participação de duas psicólogas que trabalharam na dinâmica de terapeuta e coterapeuta, sendo responsáveis pela condução dos encontros, identificação e devolutivas de falas e condução da intervenção, com alternância semanal em um papel mais ativo (terapeuta) e menos ativo (coterapeuta). Além da dupla condutora, uma estudante de graduação participou de todos os encontros do seu respectivo grupo na posição de observadora da intervenção e com atribuição de realizar o registro em tempo real do encontro; auxiliar os participantes que apresentassem dificuldades de participação do grupo (conexão com internet, dúvidas); e entrar em contato com participantes que se mostrassem muito mobilizadas durante o encontro por meio de aplicativo de mensagem online (identificou-se o hábito recorrente de fechar a câmera do aparelho em momentos de choro).

Algumas das atribuições da observadora também eram desempenhadas pelas coterapeutas (Silva et al., 2021).

Durante o ano de 2020, nas primeiras edições de oferta do grupo “Vínculos e Reflexões”, as criadoras da intervenção ofereceram supervisão semanal para todas as duplas de terapeutas e coterapeutas, com suporte contínuo de orientação e direcionamento de conduta de acordo com as principais demandas apresentadas pelos participantes dos grupos e viabilização do cumprimento dos objetivos terapêuticos de cada encontro. A supervisão era organizada em três momentos, inspirada em um modelo comum nos cursos de formação em Terapia Familiar e de casal (Boyle & McDowell-Burns, 2016):

- Pré-sessão: momento em que o terapeuta, coterapeuta e observador reuniam-se junto à supervisora e demais colegas para discussão dos temas que seriam abordados no próximo encontro, dúvidas e orientações.

- Pós-sessão: momento em que o terapeuta, coterapeuta e observador reuniam-se junto à supervisora e demais colegas para discussão dos temas que foram abordados no último encontro, eventos e intercorrências, intervenções realizadas pelo terapeuta, mobilizações desencadeadas na dupla de facilitadores, ressonância, acolhimento, compartilhamento de dúvidas e planejamentos do próximo encontro.

- Durante sessão: durante a condução de cada encontro do grupo as professoras supervisoras ficavam disponíveis online para auxílio e orientação em caso de necessidade. Estrategicamente, uma vez identificada uma intercorrência que demandasse alguma orientação, o observador ou o facilitador que se encontrava no papel de coterapeuta no momento, era o responsável por entrar em contato com a supervisora em tempo hábil de seguir a intervenção adequadamente.

A estruturação dos encontros foi inspirada em um modelo de intervenção desenvolvido por Tavares et al. (2015), com destaque à abordagem das seguintes temáticas: definição coletiva dos acordos grupais, compartilhamento das histórias de perda, reflexão dos recursos pessoais, lembrar a pessoa que se foi e percepção de futuro.

Para além da referência supracitada, foi utilizada como base teórica para estruturação dos encontros a Terapia Narrativa (Lordello & Silva, 2021), tendo em vista a aplicabilidade dessa teoria no trabalho com pessoas que passaram por experiências traumáticas e processo de luto. Tal abordagem favorece o posicionamento do receptor da intervenção no lugar de protagonismo da própria história, por meio da condução de um contexto de permissão para a verbalização constante da narração do seu curso de vida, uma vez que, segundo White (2004), cada nova narrativa permite a reconstrução da própria história em um ambiente onde, a despeito da posição de especialista ocupada pelo terapeuta, é do cliente o papel de protagonismo da vivência e do conteúdo; portanto a importância da criação de um espaço seguro e livre de julgamentos, a fim de viabilizar e favorecer o relato muitas vezes carregado de carga emocional mobilizadora por parte do cliente, que deseja e precisa compartilhar sua história (White & Epston, 1990).

Especialmente em contextos de experiência traumática e vivência de luto, espera-se que o terapeuta ocupe um lugar de “escuta dupla”, onde consiga exercitar a escuta repetitiva da experiência traumática, e, concomitante, manter-se atento e codificando a identificação dos recursos e movimentos utilizados pela pessoa para manejo da situação desafiadora vivenciada (Campillo, 2009). Estudos sobre a clínica do trauma apontam a necessidade da narrativa da experiência traumática vivenciada no processo de elaboração (Maldonado & Cardoso, 2009), o que corrobora a necessidade da escuta dupla e sensível do terapeuta na identificação dos recursos, eventos, emoções e desejos relatados pelo cliente, até mesmo na densidade verbal e complexa de um relato carregado de história e emoções de difícil

elaboração. Segundo Lordello e Silva (2021), nessa posição, o terapeuta funcionará como uma testemunha externa da vivência traumática relatada pelo cliente, que no contexto da intervenção grupal é a experiência da perda e do luto, de modo a identificar no relato as emoções, valores, recursos, desejos, projetos de vida, sonhos, palavras, que possam apontar para novas simbolizações, que, quando devolvidas ao porta voz da vivência, poderá clarificar uma narrativa submersa na densidade do relato da perda que encontra-se naturalmente enfatizada. Dessa forma, a Terapia Narrativa promove a possibilidade de construção de novos sentidos e significados, oferecendo os instrumentos por meio da experiência do relato, para a desconstrução de algumas ideias e reconstrução de novas, viabilizando a multiplicidade de sentidos para a experiência vivenciada (Lordello & Silva, 2021).

Uma das bases teóricas que permeou os encontros grupais da intervenção proposta foi o trabalho de reconexão com o ente querido por meio da rememoração, uma vez que, o processo de luto, perpassa pelo resgate da relação construída com a pessoa falecida por meio da consideração das identificações, contribuição da relação no processo identitário da pessoa enlutada, aprendizados e legado (White, 2007). Essa reconexão se dá por meio de dois movimentos semelhantes: o primeiro pela contemplação e relato de como o ente querido influenciou na história da pessoa enlutada, aprendizados advindos da relação e como a dinâmica relacional promoveu esse processo; e o segundo por meio da contemplação e relato da pessoa enlutada de como ela mesmo influenciou e impactou a vida da pessoa falecida e como se deu tal influência.

Lidar com o conceito de morte e finitude em uma organização social que pouco promove espaços de abertura para tais diálogos já é um desafio pelo qual as pessoas enlutadas naturalmente enfrentarão (Jacobsen & Petersen, 2020). Um dos fatores de risco associados ao processo de elaboração do luto é o impacto que a perda de uma pessoa importante na história de vida de um indivíduo poderá gerar sobre o senso de identidade da pessoa enlutada.

Segundo White (1998) o trabalho psicossocial com a pessoa enlutada deverá reconhecer o ponto de partida caracterizado pela apatia e esvaziamento para o resgate do relacionamento dessa vinculação relevante que segue carregada de uma carga simbólica e influência emocional sobre a pessoa enlutada.

Sobre a perspectiva apontada, a Terapia Narrativa apresenta-se como importante embasamento teórico na estruturação da intervenção, tendo em vista a importância do processo de fala e escuta das experiências e memórias com o ente querido que faleceu, o que denota a relevância e influência da sua presença na vida do enlutado e suas contribuições para o senso de identidade, de modo que, um dos trabalhos possíveis na trajetória elaborativa do luto é a via da construção de múltiplos significados inéditos e com potencial efeito tradutor da atual realidade de perda.

Segundo White (2004) a experiência de vida é, evidentemente, mais rica do que o discurso; mas é por meio das estruturas narrativas que a experiência vai sendo organizada e adquire sua carga simbólica. Para que uma estrutura narrativa seja elaborada, é necessário que o indivíduo eleja dentro da própria experiência quais os elementos compõem a história dominante e quais serão podados. Desse modo, uma parcela considerável das experiências singulares de cada indivíduo ao longo de sua trajetória de vida, não passa pela expressão de ser “contado”. No entanto, em circunstâncias específicas, é possível que cada pessoa reviva e acesse dimensões negligenciadas de sua própria experiência de vida, inclusive com a possibilidade de novos olhares e interpretações sobre a realidade (White, 2004). É pela via das infinitas possibilidades de simbolização que esse momento de profunda dor, e, contraditoriamente, tão carregado de memórias, vivência e vida da pessoa enlutada, que a elaboração se faz possível.

Objetivando a facilitação dessa elaboração a intervenção grupal “Vínculos e Reflexões” foi desenvolvida no começo da pandemia da COVID-19, e é composta por seis encontros com objetivos específicos e cronograma previamente definidos, conforme apresentado a seguir:

- 1º encontro: Conhecendo o grupo e estabelecendo os acordos

O foco do primeiro encontro é a apresentação dos participantes do grupo, orientações de funcionamento dos encontros (duração, frequência, plataforma utilizada, escolha de espaço confortável e seguro enquanto estiver participando dos encontros, manejo da vivência na modalidade online) e definição dos acordos grupais.

Dada a singularidade e sensibilidade da experiência, muitas vezes traumática, de perda do ente querido em um contexto pandêmico, envolvendo um diagnóstico de rápida evolução, com particularidades no seu manejo como a necessidade de isolamento hospitalar, e carga dolorosa acrescida no processo do tratamento e evolução ao óbito, é comum que os participantes possam se sentir ansiosos e inseguros para o relato. Lordello e Silva (2021) apontam a necessidade que pessoas enlutadas em um contexto traumático como o pandêmico têm de serem ouvidas e convidadas a compartilharem a experiência vivenciada, ainda que sejam relatos impactantes e emocionalmente carregados.

A fim de promover o incentivo das múltiplas narrativas e escuta compartilhada no grupo, todos os membros são sinalizados acerca do convite e incentivo da dupla de terapeutas de ouvir a todos os relatos; mas sempre com o cuidado de não ser invasivo tal movimento e reconhecendo a importância e impacto terapêutico também válido, da escolha por ocupar uma posição mais ativa na escuta. Há a consideração do cuidado na criação de um ambiente onde seja possível o relato da experiência traumática sem muito detalhamento, mas com a segurança de compartilhar a própria experiência, ampliando a possibilidade de uma conversa

que se estabelece para além do relato anedótico do evento e permita a narrativa em outros campos simbólicos da experiência vivida.

- 2º encontro: Investigando a rede de apoio e os recursos

O segundo encontro se inicia com um convite e incentivo aos participantes que não compartilharam suas histórias a descreverem suas vivências, seguido do convite a devolverem ao grupo os impactos emocionais e sensações advindas da escuta das histórias dos outros membros e compartilhamento pessoal do encontro anterior.

Outro foco importante desse encontro é o reconhecimento da rede de apoio disponível ao participante que apresenta potencial característica protetora no processo de luto. Nesse mapeamento, qualquer vinculação protetiva deve ser pontuada, reconhecida e validada, seja ela composta por familiares, amigos, vizinhos, conhecidos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, demais profissionais envolvidos no processo de luto, e até mesmo, os demais membros do grupo “Vínculos e Reflexões”.

- 3º encontro: Apresentando a pessoa amada e suas histórias

Esse encontro enfoca na lembrança e criação do memorial do ente querido falecido. Motivados pelo convite apresentado no encontro anterior os participantes devem compartilhar as memórias e o legado do ente querido, bem como o impacto e influência na sua vida atual, e herança deixada. Visa-se incorporar a presença do ente querido no grupo e apresentação aos demais membros, reconhecendo-se tal conexão e contemplando o quanto a relação estabelecida permanece mesmo após a morte, movimento que é facilitado pela concretização do objeto escolhido para representar cada pessoa.

- 4º encontro: Conexão entre as pessoas apresentadas e ressonâncias

Nesse encontro prioriza-se o fechamento da elaboração promovida pelo memorial do encontro anterior e finalização das partilhas caso algum membro não tenha conseguido compartilhar. O objetivo nesse momento da intervenção é promover o fortalecimento dos sentidos e valores relevantes para os participantes e resgate dos seus projetos de vida (Lordello & Silva, 2021).

- 5º encontro: Procurando recursos comunitários e rede de apoio

O objetivo desse encontro é mobilizar a rede de apoio e recursos comunitários disponíveis a cada participante para auxílio no enfrentamento do processo de luto, bem como resgatar projetos pessoais e sonhos possíveis com a ausência do ente querido.

Os participantes foram convidados a identificarem e refletir sobre as estratégias de enfrentamento compartilhadas no grupo e reconhecer quais dos recursos pontuados mais se assemelhavam à dinâmica de funcionamento de cada membro. Recursos como busca e aceitação de suporte social, investimento em atividades prazerosas e distrativas, resgate e reaproximação de vinculações protetivas, engajamento em atividades motivadoras, início de hábitos e rotinas de autocuidado, práticas religiosas e reconexão com o sentido de vida, são possíveis ocorrências ao longo dos encontros propostos.

- 6º encontro: Seguindo em frente e revitalizando projetos com a força dos legados

O último encontro propõe a ampliação de uma visão a longo prazo do processo de luto e resgate de projetos de vida futuro, sonhos e desejos, respaldados pelo legado deixado pelo ente querido falecido. Diferente do que é difundido socialmente em falas do senso comum de incentivo ao esquecimento e distanciamento da pessoa enlutada com o ente querido, o movimento dessa intervenção é promover o resgate da própria identidade que, naturalmente, encontra-se marcada pela influência e “assinatura” da pessoa falecida. Resgatar

essa identidade para assim então se movimentar em direção aos seus projetos de vida e sonhos, é uma importante fase do movimento de “seguir em frente” no processo de luto (Lordello & Silva, 2021).

Esse último encontro estabelece um fechamento viabilizado pelo relato coletivo de como cada participante entrou e como se percebe saindo dos múltiplos encontros realizados. O sexto encontro permite o resgate do desenvolvimento coletivo, dos avanços conquistados e dos passos que foram dados ao longo do grupo com o foco na prevenção do agravamento do processo de luto ou evolução para um luto complicado, trazendo um enfoque para a conservação do que é prioritário para a vida de cada participante e dos recursos disponíveis a cada um.

Por meio dos fatores terapêuticos mobilizados na experiência grupal (Yalom, 2006), os participantes podem encontrar espaço de partilha e escuta acolhedora das suas experiências de luto, reconhecimento dos legados recebidos dos entes queridos falecidos e elaboração de opções possíveis de ritualização da despedida no contexto de múltiplas restrições em função das medidas de distanciamento impostas pela pandemia.

Segundo Lordello e Silva (2021) os participantes dos grupos avaliaram a intervenção como de relevante importância e um potencial recurso de alívio do sofrimento emocional desencadeado pelo luto, bem como um resgate de projetos de vida futura a despeito da perda de vinculação afetiva relevante. Um dos fatores terapêuticos envolvidos nas dinâmicas grupais importante foi a *inclusão* (Bieling et al., 2008) por meio do reconhecimento nos demais participantes de experiências em comum, o que oferece senso de pertencimento e redução do isolamento por meio da conexão entre os membros a partir de diálogos de identificação da experiência vivida e partilha das estratégias de recuperação possíveis e

adotadas. Os participantes do grupo acabam por funcionar como suportes e inspirações no manejo da dor compartilhada.

Segundo a OMS (2021), uma importante orientação de cuidado por profissionais atuantes na linha de frente da pandemia é promover intervenções com foco no manejo do sofrimento psicológico e espiritual. Visitas de familiares devem ser facilitadas, lançando mão, muitas vezes, de recursos tecnológicos, bem como, oferta de intervenção responsiva às demandas de cuidado em saúde mental emitidas pelos familiares.

Capítulo 2

Objetivos

2. 1. Hipótese

Sobre a perspectiva exposta, o presente estudo propõe a descrição e avaliação de Grupos de Familiares enlutados pela COVID-19 em um contexto pandêmico sobre a perspectiva das profissionais facilitadoras como uma estratégia assistencial em cuidados paliativos.

Estudos que propõem a descrição e avaliação de intervenções em saúde podem gerar resultados que subsidiam a consolidação de sua aplicação em diferentes níveis de atenção à saúde. Com este estudo buscou-se avaliar a percepção de impacto da tecnologia psicossocial desenvolvida bem como a percepção do impacto do treinamento e acesso à educação permanente sobre a atuação profissional das facilitadoras.

2.2 Objetivo Primário

Descrever uma intervenção grupal para familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia e realizar uma avaliação da

percepção das facilitadoras do impacto dessa tecnologia psicossocial sobre os participantes e sobre o processo de trabalho das profissionais.

Estima-se que o estudo descritivo e avaliação do “Grupo Vínculos e Reflexões” poderá subsidiar sua difusão e divulgação, com possível impacto sobre as próximas ondas da pandemia cujo foco recairá sobre a saúde mental.

2.3. Objetivos Secundário

- Analisar variáveis sociodemográficas (exemplo: idade, sexo, profissão, atuação profissional e local de trabalho);
- descrever a intervenção grupal desenvolvida pela UnB para cuidado à pessoa enlutada no contexto da pandemia nomeada como “Grupo Vínculos e Reflexões” (Lordello & Silva, 2021);
- avaliar a adequação de intervenções propostas na modalidade online;
- avaliar a consideração da intervenção grupal como ferramenta assistencial em cuidados paliativos;
- identificar os possíveis impactos produzidos pela intervenção grupal;
- identificar a percepção de facilitadores(as) sobre a intervenção;
- avaliar a viabilidade e sustentabilidade de aplicação da intervenção.

Estima-se que a consideração da intervenção grupal de familiares enlutados como intervenção componente da linha de cuidado em cuidados paliativos poderá aprimorar a discussão acerca da complexidade dessa área assistencial que extrapola os limites ainda amplamente disseminados no senso comum como “fim de vida”.

Capítulo 3

Método

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem multimetodológica de natureza qualitativa, prezando-se pela complementaridade das técnicas de coleta e análise de dados a fim de subsidiar as discussões finais (Schneider et al., 2017).

Foram adotados três métodos de pesquisa para viabilização do projeto proposto: Revisão Integrativa da Literatura, Análise Documental e Entrevistas.

A pesquisa propôs a descrição e avaliação de Grupos de Familiares enlutados pela COVID-19 intitulado “Vínculos e Reflexões” (Lordello & Silva, 2021), desenvolvido na UnB como resposta à demanda emergente de luto no contexto pandêmico no Distrito Federal. Optou-se por realizar tal avaliação pela perspectiva das profissionais facilitadoras. Considera-se tal intervenção como componente da linha de cuidado em cuidados paliativos, tendo em vista o abarcamento do suporte ao luto como estratégias de intervenção nessa área de atuação em saúde.

3.2 Local de Realização do Estudo

Tais grupos foram ofertados entre os anos de 2020 e 2021 pela DASU e pela SES-DF em resposta à demanda emergente de luto no contexto pandêmico no Distrito Federal.

3.3 Participantes

Foram convidados a participar todas as facilitadoras que passaram pelo processo de formação e treinamento na intervenção psicossocial do grupo “Vínculos e Reflexões”.

As facilitadoras que passaram pelo treinamento e condução dos grupos foram convidadas via e-mail para participação desta pesquisa após manifestação de interesse ao convite para participação da pesquisa divulgado em grupos de *whatsapp* do curso de extensão para formação de multiplicadores do grupo “Vínculos e Reflexões”. O acesso aos grupos de facilitadores foi obtido junto à DASU (Anexo I e II).

O e-mail convite foi enviado individualmente a cada endereço de potencial participante, sem utilização de listas que pudessem permitir a visualização de dados dos demais potenciais participantes. No e-mail convite o participante foi convidado e alertado que antes da realização da entrevista seria necessária assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo III) e do Termo de Autorização de Utilização de gravação de voz (Anexo IV).

Os critérios de inclusão dos participantes foram: a) ter mais de 18 anos; b) ter participado do curso de formação e treinamento do grupo “Vínculos e Reflexões”; c) ter nível técnico ou superior em qualquer área da saúde; e d) consentir em participar da pesquisa por meio do TCLE.

3.4 Instrumentos

Foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturada para o estudo (Anexo V), que encontra-se dividido em duas partes:

Parte I: Dados sociodemográficos: informações sobre a identificação da participante (sexo, idade, estado civil, região em que reside, escolaridade, especialização, profissão, atuação profissional, local de atuação laboral, tempo de atuação profissional).

Parte II: Experiência de participação na formação e treinamento do grupo “Vínculos e Reflexões”, sendo abordadas as temáticas descritas:

- Avaliação do curso de formação participado;
- avaliação da experiência como facilitadora do grupo “Vínculos e Reflexões”;
- percepção de impacto da intervenção psicossocial sobre os participantes (familiares enlutados), quando na experiência de facilitador da tecnologia psicossocial;
- percepção de impacto da formação recebida sobre a atuação profissional;
- percepção de impacto da experiência de facilitadora de um grupo de luto cuidados paliativos sobre a sua atuação profissional;
- percepção de relação entre a intervenção grupal enfocada e o serviço de cuidados paliativos.

3.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A primeira etapa do estudo consistiu na descrição do processo de criação e construção da proposta de intervenção por meio da análise documental dos registros oficiais da instituição em que fora criada a intervenção (DASU - UnB).

A segunda etapa do estudo consistiu na realização de duas revisões integrativas sobre a temática do trabalho, tendo em vista o ineditismo do contexto de saúde vivenciado pela pandemia do novo coronavírus, e necessidade de respaldo teórico para produção científica acerca do tema.

A terceira etapa consistiu na coleta de dados com os participantes da pesquisa, que foram facilitadoras dos grupos. A coleta de dados foi feita em ambiente virtual, em conformidade com as orientações do Ofício Circular nº /2021/CONEP/SECNS/MS, que objetiva a proteção e segurança das participantes de pesquisa nesta modalidade.

Após dar o consentimento para participação na pesquisa, a participante teve acesso via e-mail ao instrumento com as questões da entrevista semi-estruturada antes de responder às perguntas, para tomada de decisão informada.

As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual, por meio de chamada de vídeo possibilitada por aplicativos gratuitos (*Zoom* e *Google Meet*) em um aparelho de notebook. O participante recebeu via e-mail o *link* de acesso à chamada de vídeo com informações da data e horário do encontro virtual. Foi garantido, por parte da pesquisadora, o sigilo das informações durante entrevista por meio do cuidado ambiental de isolamento sonoro e presença apenas da pesquisadora no recinto durante realização da chamada. No entanto, reconhecem-se as limitações da pesquisadora em assegurar total confidencialidade das informações durante a coleta e potencial risco de sua violação, tendo em vista a impossibilidade de controle do ambiente em que o participante realizará a chamada de vídeo. A fim de mitigar tais riscos, todas as participantes foram solicitadas, no começo da chamada de vídeo, a iniciarem apenas quando estivessem desacompanhados em um local seguro, com garantia de isolamento sonoro. Tal solicitação também foi descrita no TCLE assinado previamente.

O áudio da entrevista foi gravado pelo aplicativo *Gravador Apple*. Após realização de cada entrevista foi realizado *download* do áudio e armazenamento em HD externo para posterior análise de conteúdo, sem arquivamento em ambiente virtual compartilhado ou aparelho eletrônico.

A participante foi lembrada no começo da entrevista, bem como no TCLE, que poderia abandonar a pesquisa em qualquer momento, solicitar não inclusão dos seus dados na análise dos resultados, bem como não responder a qualquer questão sem prejuízos pessoais.

3.6 Procedimentos para Análise de Dados

Para descrição da estruturação dos encontros do grupo, procedimento de oferta do serviço via DASU e SES-DF, e oferta do curso de capacitação, foi realizada análise documental do curso formativo e dos registros da DASU, diretoria responsável pela difusão do programa.

As entrevistas foram gravadas após o consentimento dos participantes de autorização para uso de som de voz. Posteriormente foram transcritas na modalidade literal das palavras dos entrevistados (*in verbatim*). Em seguida o conteúdo das entrevistas foi analisado e categorizado por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2008).

Após análise dos dados obtidos em entrevista foi realizada uma análise de concordância temática, na qual dois profissionais de psicologia fizeram a avaliação de concordância das categorias de conteúdo identificadas.

3.6 Cuidados Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da UnB (CEP/CHS), CAAE 54238621.6.0000.5540, número de parecer 5.268.158 (Anexo VI).

De acordo com o item V da Resolução CNS 196/96, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos pode ser potencial geradora de riscos imediatos a longo prazo. Um possível risco envolvendo essa pesquisa é a mobilização emocional que a coleta de dados poderia gerar nos participantes, em virtude dos temas abordados. A fim de avaliar possível mobilização emocional desencadeada, ao final de cada entrevista foi realizada uma avaliação do estado emocional do participante pela pesquisadora. Casos que relatassem mobilização emocional associada à fatores de risco como distresse, ansiedade ou demais sintomas, seriam

orientados sobre a rede de atenção psicossocial do DF e clínicas escolas disponíveis no território (Anexo VII).

Para além do risco a realização dessa pesquisa poderá promover um maior conhecimento da particularidade do processo de luto vivenciado em uma pandemia, melhor entendimento das demandas, conhecimento da capacidade de resposta de profissionais de saúde frente aos contextos de crise humanitária e impacto que a viabilização e estruturação de espaços de educação permanente podem gerar sobre a estruturação de serviços de saúde (Gonçalves et al., 2019). Os resultados poderão ainda, subsidiar a ampliação e difusão da intervenção proposta, que se apresenta como ferramenta inovadora frente ao contexto de crise e emergência em saúde vivenciadas atualmente. Reitera-se a relevância da divulgação científica de programas de intervenção cujo foco seja a pandemia de COVID-19, tendo em vista o foco na saúde mental que as próximas ondas irão demandar (Ornell et al., 2020). Poderá promover ainda, a compreensão dos aspectos esperados em uma assistência à saúde humanizada na pandemia e quais os aspectos que precisam ser aprimorados; bem como o conhecimento das demandas não verbalizadas que podem estar sendo negligenciadas nos serviços de saúde.

3.7 Metodologia Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Processo de Luto

Tendo em vista o contexto emergido pela pandemia da COVID-19 sobre as práticas de cuidados paliativos, o presente estudo buscou levantar e analisar o material referencial publicado, entre 2020 e 2021, em bases de dados nacionais e internacionais acerca das práticas de cuidados paliativos, levando em conta o processo de luto de todos os envolvidos, em meio às dificuldades apresentadas pela pandemia. Assim, a presente pesquisa se fundamentou sobre o método da revisão integrativa de literatura. Tal metodologia, para além

de um levantamento de referências em determinada temática, possibilita identificar tendências e evidências que justificam e/ou fundamentam a literatura encontrada (Teixeira et al., 2013). Dessa forma, ao fazer uso da revisão integrativa de literatura, a presente pesquisa realizou uma série de etapas de coleta de referências, bem como, delimitou quais seriam os critérios de inclusão e exclusão dos achados literários para o momento posterior de leitura.

Quanto às etapas da coleta de referências, foram selecionadas, em agosto de 2021, as bases de dados a serem utilizadas, sendo elas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Virtual de Saúde - Psicologia (BVS-Psi), Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Elegeram-se a seguinte questão norteadora para guiar este estudo: “qual o impacto da pandemia sobre os cuidados paliativos na assistência ao processo de luto?”

Definiram-se duas combinações de palavras a serem utilizadas como descritores, a primeira combinação contou com duas separações "AND" e a segunda com uma única separação. As duas combinações foram as seguintes, respectivamente: [(“cuidados paliativos” OR "palliative care") AND (pandemia OR pandemic OR "covid 19" OR covid19 OR covid-19) AND (luto OR grief)] e [(“cuidados paliativos” OR "palliative care") AND (pandemia OR pandemic OR "covid 19" OR covid19 OR covid-19)]. Desse modo, a pesquisa resultou em 219 artigos.

Os critérios de inclusão e exclusão buscavam filtrar a quantidade de referências encontradas nas bases de dados apresentadas no parágrafo supracitado. Assim, foram escolhidas quais características eram necessárias para um artigo ser incluído, como também para ser excluído. Os critérios selecionados para a inclusão foram: recorte temporal dos últimos dois anos (2020 e 2021), formato de artigo, enfrentamento de familiares ao luto,

impacto da pandemia do coronavírus (COVID-19) e intervenções de cuidados paliativos. Já os critérios relacionados à exclusão das referências encontradas foram os seguintes: protocolos clínicos medicamentosos, ausência da temática COVID-19, ausência da temática do luto, especificidade em problemáticas da saúde que não se relacionam diretamente com os cuidados paliativos, foco nas práticas e no suporte dos profissionais da saúde e processos de trabalho com paciente de COVID-19 que não faziam menções aos cuidados paliativos.

Após a coleta de referências com as duas combinações de descritores, foi utilizado o *software Mendeley* para compilar todos os dados necessários à análise de inclusão. O *Mendeley* trata-se de um programa de computador que une todas as informações referenciais encontradas em uma revisão bibliográfica. Isto é, organiza as fontes em uma única pasta e apresenta detalhes das referências, como autores, revista, ano, volume, páginas, resumo e palavras-chaves. Assim, tendo as informações necessárias, foi realizada a verificação de todos os artigos coletados, incluindo a leitura dos resumos, a fim de concluir quais artigos atendiam aos critérios de inclusão, o que resultou em um total de 24 artigos.

Buscando elaborar uma análise que una e discuta a literatura empírica e teórica encontrada (Teixeira et al., 2013), deu-se início a leitura dos artigos acurados.

3.8 Metodologia Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Assistência Hospitalar

Realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados eletrônicas: BVS, BVS-Psi, LILACS, CAPES, Pubmed e SciELO. Para a busca dos artigos, as palavras-chave utilizadas foram: "cuidados paliativos", "assistência hospitalar", "pandemia" e "COVID-19". Esses descritores foram baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e utilizados também no Inglês, com a aplicação dos operadores booleanos, resultando na seguinte pesquisa: ("cuidados paliativos" OR "palliative care") AND ("assistência hospitalar" OR "hospital

care") AND (pandemia OR pandemic OR "covid 19" OR covid19 OR covid-19). Foi formulada seguinte questão norteadora para guiar este estudo: “qual o impacto da pandemia sobre os cuidados paliativos no contexto da assistência hospitalar?”

Para a avaliação dos artigos levantados foram considerados como critérios de inclusão: artigos que tivessem correlação entre os temas cuidados paliativos, assistência hospitalar e pandemia COVID-19, que foram publicados no período de 2020 a 2021. Além disso, foram considerados estudos revisados por pares e com intervenções no âmbito psicossocial.

Já em relação aos critérios de exclusão, foram desconsiderados estudos que não se relacionavam especificamente com a assistência hospitalar, COVID-19 e cuidados paliativos. Também foram excluídos artigos com recortes metodológicos considerados distantes da proposta do presente estudo, como aqueles que discorriam sobre o assunto de uma forma restrita, cujos estudos se limitavam a ações de cuidados paliativos em determinadas idades e doenças específicas ou a atuação de apenas uma área profissional da saúde na aplicação destes cuidados.

A partir disso, as buscas nas bases de dados foram realizadas em um período de duas semanas no mês de setembro de 2021. Para o levantamento dos artigos e refinamento dos resultados encontrados utilizou-se o *software Mendeley*. Os resumos dos artigos foram submetidos a uma leitura analítica realizada de modo independente por duas pesquisadoras.

Capítulo 4

Resultados e Discussão

Primeiramente serão apresentados os dados sociodemográficos das participantes do estudo. Em um segundo momento a discussão das entrevistas realizadas com as participantes. Os resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura sobre cuidados paliativos, pandemia e luto; seguido dos resultados obtidos na Revisão Integrativa da Literatura sobre cuidados paliativos, pandemia e assistência hospitalar; serão apresentados ao final desta seção.

4.1 Dados Sociodemográficos

Participaram da pesquisa cinco facilitadoras egressas da capacitação para aplicação do grupo “Vínculos e Reflexões”, todas Psicólogas em exercício ativo da profissão, pós-graduadas e residentes em Brasília. O convite para colaborarem com a pesquisa foi realizado no primeiro semestre de 2022 após aprovação da pesquisa pelo comitê de ética. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes que foram nomeadas de P1 a P5 para garantia da confidencialidade.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica das participantes (N=5)

Participante	Idade	Estado Civil	Local de atuação
P1	29	Solteira	Hospital Público
P2	34	Casada	Hospital Público e Instituição Privada
P3	54	Casada	Ministério da Saúde e Clínica
P4	46	Divorciada	Hospital Público
P5	57	Casada	CAPS e NASF

Apesar de poucas participantes, o perfil sociodemográfico das entrevistas assemelha-se ao identificado em um estudo com maior amostragem (n=96) sobre o perfil de práticas

profissionais de psicólogos da saúde no Distrito Federal (Seidl et al., 2019). Nesta pesquisa 91,6% (n=87) das participantes eram mulheres, 58,9% (n=56) eram casadas, 88,4% (n=94) atuavam no serviço público de saúde, com identificação de práticas psicológicas diversificadas da preferência por atendimentos individuais mais frequentes entre participantes que tinham pós-graduação, realizavam pesquisa e faziam supervisão de estágios de graduação e/ou residentes. Acerca da escolaridade 35,4% (n=34) possuía pós-graduação *lato sensu* em psicologia da saúde ou hospitalar e 52,2% (n=50) pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado).

A escolaridade elevada foi um dado de destaque entre as cinco participantes desta pesquisa que eram pós-graduadas, o que aponta para uma tendência dentro da área da psicologia e saúde para a continuidade dos estudos após a graduação (Flor et al., 2022). O fortalecimento da psicologia da saúde dentro do SUS foi uma tendência importante apontada na pesquisa de Seidl et al. (2019) também identificada na amostragem reduzida desta dissertação.

4.2 Análise de Conteúdo das Entrevistas

Nos parágrafos seguintes será apresentada a análise de conteúdo das respostas das entrevistas semi-estruturadas realizadas conforme roteiro desenvolvido previamente e apresentado no Anexo V.

Os resultados foram organizados em torno dos blocos temáticos das perguntas realizadas, resultando em quatro eixos de categorias, com suas derivações de conteúdo que foram fragmentadas em subcategorias temáticas. Além dos temas abordados no roteiro da entrevista semi-estruturada (percepção do impacto da formação, percepção do impacto do grupo e percepção de cuidados paliativos) emergiu uma categoria expressiva nas entrevistas, a atuação profissional na pandemia, que foi considerada como um importante eixo na análise

dos resultados. A Tabela 2 apresenta as principais categorias de conteúdo que foram identificadas no estudo.

Tabela 2
Categorias e subcategorias de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Atuação profissional na pandemia	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento mental no trabalho - Insegurança - Falta de resposta coordenada - Apoio da gestão - Valorização profissional
Percepção impacto da formação	<ul style="list-style-type: none"> - “A formação foi um respiro” - Segurança - Impacto sobre a organização dos serviços - Organização e metodologia da formação - Educação permanente como fator protetivo
Percepção impacto do grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização pessoal das facilitadoras - Vulnerabilidade do luto na pandemia - Fatores terapêuticos grupais - Fortalecimento das relações familiares - Aceitação - Intervenção online
Percepção Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Linha de cuidado - Insuficiência dos serviços - Qualidade de vida - Morte como tabu - Cuidados paliativos e trabalho em grupo

Os resultados serão apresentados por categoria temática, com exposição inicial de uma tabela reduzida para identificação das subcategorias, apresentação dos respectivos recortes de fala e posterior discussão geral do eixo temático específico.

4.2.1 Atuação Profissional na Pandemia

Essa categoria descreve a percepção das participantes sobre a atuação profissional na saúde durante a pandemia. Foram adscritas cinco subcategorias dentro desta temática

consideradas relevantes para a discussão dos achados em entrevista, conforme apresentado na tabela 3:

Tabela 3
Atuação profissional e subcategorias

Categories	Subcategorias
Atuação profissional na pandemia	<ul style="list-style-type: none"> - Sofrimento mental no trabalho - Insegurança - Falta de resposta coordenada - Apoio da gestão - Valorização profissional

4.2.1.1 Sofrimento Mental no Trabalho

Essa subcategoria descreve a vivência do sofrimento mental associado ao contexto de trabalho vivenciado pelas profissionais de saúde que assumiram o papel de facilitadoras do grupo. A participante P1 expôs algumas nuances dessa dimensão na fala:

(...) então pensa a gente lidando no contexto de um caos que é pessoal: medo de perder a família, medo de adoecer de uma ameaça invisível, e a gente exposta no contexto de maior risco, e a gente ainda ouvindo todo dia uma orientação diferente, tendo falta de acesso de EPI, falta de estrutura no hospital. Ainda mais nesse campo psi, né, Saúde Mental é sempre o último lugar a ser pensado, então quando tinha EPI disponível era disponível para determinadas profissões e não para Psicólogo. (P1)

4.2.1.2 Insegurança

Essa subcategoria descreve a sensação de insegurança experienciada por profissionais da saúde no contexto pandêmico, especialmente pela demanda inusitada de lidar com um contexto de mudança social significativa e emergência sanitária. A participante P1 pontuou:

A formação veio pra mim logo no começo da pandemia e nessa época eu já atuava, né, num hospital público aqui em Brasília e foi desesperadora a perspectiva do avanço da pandemia. (...) No hospital todo dia era um protocolo diferente, todo dia um novo fluxo de atendimento, isso foi muito desorganizador, a gente não sabia como agir, todo dia era uma orientação diferente, às vezes orientações da gestão direta que divergiam da gestão maior do hospital que divergiam da orientação federal, não, olha. Você parava pra conversar com um colega pra ver se na equipe dele estava diferente e era a mesma coisa, todo mundo desorientado, todo mundo muito inseguro, muito inseguro em tudo, até nas nossas condutas técnicas com os pacientes. (P1)

4.2.1.3 Falta de Resposta Coordenada

Essa subcategoria descreve a percepção de falta de resposta coordenada que as profissionais tiveram durante a atuação na pandemia. As participantes P1, P4 e P5 pontuaram:

(...) nesse contexto da pandemia a sensação que eu tive foi... que foi um contexto de tanta desorientação, falta de orientação da gestão, falta da orientação dos gestores públicos, das figuras de referência neste governo que a gente tinha, falta de orientação geral de Secretaria de Saúde, de Ministério da Saúde, então foi um caos informativo para quem tava na ponta, e aí eu me coloco nessas pessoas que estavam ali na lida diária. (P1)

(...) aquela correria, um monte a gente, a gente tendo que mudar a rotina das equipes, mudar os espaços, a gente teve que dividir o pronto socorro em dois, então o meu luto era de outras coisas. (P4)

A gente precisa muito do apoio, então quando falta esse apoio seja das equipes, seja da gerência, como isso dificulta e exige da gente ultrapassar essas barreiras. (...) então essas barreiras impedem inclusive de ser mais resolutivo o serviço. (P5)

4.2.1.4 Apoio da Gestão

Essa subcategoria descreve a percepção das participantes acerca da gestão de trabalho durante a atuação na pandemia. As participantes P1 e P4 pontuaram:

Eu tive a sorte de ter uma boa gestão direta durante a pandemia, que flexibilizava minha escala para eu conciliar com a formação, com o meu cuidado, que colocou limite nas exigências absurdas do hospital de que a gente da assistência atendesse colaborador, por exemplo. Mas eu vi colegas sendo sobrecarregadas, cobradas, desassistidas, em um contexto super propício pro burnout. Então ajudou demais esse suporte da chefia. (P1)

A outra coisa super importante na formação foi que tinha apoio da Gerência de Psicologia da Secretaria de Saúde, sem isso a gente não conseguiria. E aqui eu já tenho um super apoio da minha diretora, e também um apoio super importante da direção do hospital. Então pra isso acontecer a Gerencia de Psicologia foi essencial, isso me dava segurança. Pra gente ter continuidade a gente precisa ter apoio da gestão do local. E aí isso vai tomando uma dimensão tão maior, porque quando a gestão maior, a diretora do hospital, favorece essa atividade, ela não tem noção do quanto ela tá contribuindo para a melhoria da saúde mental da população. (P4)

4.2.1.5 Valorização Profissional

Essa subcategoria descreve a percepção das participantes acerca da valorização profissional no contexto pandêmico e possíveis correlações com as experiências de formação e atuação prática no grupo. As participantes P1, P4 e P5 pontuaram:

Foi indescritível ter tido essa oportunidade de poder estar trabalhando nessa frente. Essa angústia do que fazer com a multidão de pessoas enlutadas no Brasil era uma angústia que eu tinha. Eu já tive experiência de trabalho em ambulatório em Hospital Geral e é interminável a demanda que temos de adoecimento em função de um processo de luto não elaborado (...) E aí desde o começo da pandemia eu pensava nesse senso de responsabilidade de: o que cabe a mim ser feito para que esse impacto de sofrimento seja reduzido? (P1)

Aliás, ser uma ponte pra gente que tava em outros estados, no grupo tinha gente do Rio de Janeiro, tinha uma moça de Maceió. É ter o acesso à psicologia de uma maneira, até arrepio, às vezes para pessoas que nem tiveram contato com a psicologia (...) e isso junto com essa formação da gente lembrar qual era o nosso papel, de entender que as pessoas eram as superpotências, mesmo estando tão fragilizadas. (P4)

Então foi uma experiência enriquecedora enquanto pessoa, enquanto profissional e enquanto uma prática. (P5)

Profissionais que compõem equipes hospitalares já se encontram em um grupo de maior propensão para o desenvolvimento de depressão e ansiedade em relação aos demais grupos populacionais de trabalhadores que também estão envolvidos em profissões de risco e contexto de elevado estresse (Hall et al, 2016; Sampson et al, 2020). Estudos recentes demonstram que os estressores associados à pandemia pelo coronavírus aumentaram os riscos de problemas associados à saúde mental entre profissionais de saúde, estando este risco mais

associado à percepção de incerteza e insegurança do que propriamente ao risco de contato direto e infecção pelo vírus (Chen, 2020; Pappa, 2020). Os recortes de fala apresentados nas subcategorias sofrimento mental no trabalho e insegurança reforçam os apontamentos na literatura que identificaram a insegurança laboral na pandemia como um fator de risco para a saúde mental de trabalhadores.

Segundo (Machado et al, 2021) algumas características gerais do perfil profissional dos trabalhadores de saúde no início da pandemia potencializaram o risco do sofrimento mental e adoecimento associado ao contexto de trabalho, sendo eles: necessidade de multiemprego associado à baixa remuneração nesse seguimento populacional; prolongamento das jornadas de trabalho para compensação remuneração baixa; fragilização dos vínculos trabalhistas, com uma tendência recente das gestões a realizar as contratações e pagamentos avulsos aos profissionais; condições de trabalho precárias, gerando instabilidade, exaustão e desgaste profissional; aumento no número de acidentes de trabalho; aumento de licenças médicas; aumento das queixas de cansaço, estresse, desgaste profissional e suicídios entre profissionais de saúde; e o despreparo formativo nos cursos de saúde.

Segundo Pochmann (2020) identifica-se uma tendência de distanciamento das premissas da Organização Internacional do Trabalho sobre o trabalho decente para uma lógica de precarização do trabalho na área da saúde, com baixa remuneração, desproteção e contexto generalizado de insegurança em diferentes dimensões: nas contratações, nas ofertas de emprego, nas vinculações laborais, na definição dos processos de trabalho e atribuições individuais, na renda e na representação sindical.

Segundo Machado et al (2021) estima-se que aproximadamente 2 milhões de trabalhadores da saúde do SUS encontraram-se em contato direto na assistência à pandemia vivenciando milhares de óbitos diários em um ritmo acelerado. Esta força de trabalho

precisou lidar com a falta de insumos, aumento expressivo da demanda, vínculos trabalhistas precários (contratações temporárias, organizações de saúde), ritmo de trabalho extenuante, rotina de tensão e cobranças; o que põe em risco a saúde mental destes profissionais. Uma reflexão relevante se faz necessária, acerca da legião de trabalhadores egressos de contratações temporárias na saúde, que, em função da precarização trabalhista, podem vir a se encontrar futuramente desempregados, com sintomas persistentes da pandemia associados a comorbidades pré existentes e por vezes, inaptos ao trabalho.

Em um estudo multicêntrico realizado no Brasil sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da COVID-19 com 15 profissões da saúde em mais de 2200 municípios brasileiros (Machado, 2021) identificou-se que a maioria absoluta dos participantes tinham jornadas de trabalho de até 60 horas semanais e apresentaram queixas de sobrecarga. Outro dado importante foi a identificação de que mais da metade dos participantes (57%) relataram medo generalizado no contexto de trabalho e percepção de infraestrutura inadequada. Foram relatadas ainda, queixas recorrentes dos profissionais de despreparo técnico das equipes para manejo da pandemia e insensibilidade gerencial às necessidades dos trabalhadores de saúde no seu contexto de trabalho.

Um estudo nacional com agentes comunitários de saúde (Costa et al, 2021) identificou uma relação direta entre a percepção de insegurança e medo desses trabalhadores com a redução da capacidade de mobilização social comunitária associada ao discurso negacionista de parte das orientações governamentais. Identificou-se que uma parcela majoritária de agentes comunitários de saúde atuou em suas unidades de trabalho sem treinamentos ou capacitações acerca da pandemia, sendo esta carência formativa, outro importante fator associado à intensificação da insegurança no exercício das funções rotineiras.

Outro fator de risco à saúde mental dos profissionais de saúde associados a um padrão de comunicação nocivo está associado aos conflitos de orientações transmitidos pela grande mídia e pelos espaços de trabalho. Mais de 300 profissionais de saúde participantes de uma pesquisa australiana relataram a necessidade de unanimidade das orientações por meio dos poderes públicos e da grande mídia para garantia de uma assistência segura por parte dos profissionais da linha de frente (Digby et al, 2020).

Segundo Garcia e Duarte (2020), durante a pandemia foi identificado no Brasil um fenômeno denominado “infodemia”, que nomeia o aumento no número de informações associadas a um assunto específico, multiplicado exponencialmente por diversos meios e mídias sociais. Esse contexto se faz propício ao surgimento de rumores e desinformação, além da manipulação massiva de conceitos e informações relevantes. O excesso de informações conflitantes pode dificultar o processo de tomada de decisão por profissionais de saúde, especialmente quando não há tempo hábil para conferência da veracidade. Além dos prejuízos nos processos decisórios esse excesso de informação conflitante pode produzir ansiedade e exaustão mental nos profissionais da linha de ponta.

A priorização de uma mensagem clara e baseada em evidências é essencial para uma comunicação eficiente no contexto pandêmico, orientação reforçada pela OMS em 2020 em conferência sobre a comunicação em saúde durante a pandemia, que orientaram os países a terem uma resposta coordenada e multidisciplinar para a epidemia de desinformação do período. Para o enfrentamento da infodemia são orientadas as mesmas estratégias que autoridades sanitárias usam para transmissão de informação, embasamento científico e tomada de decisão coordenada. Sobre essa perspectiva, foram definidos quatro pilares para gestão deste problema (OMS, 2020): vigilância de informações, fortalecimento da capacidade de educação em saúde em meios digitais, aprimoramento de mecanismos de monitoramento

de qualidade da informação e tradução acessível do conhecimento sem distorção de interesses de diversos setores.

Uma comunicação explícita é essencial para que um profissional de saúde consiga minimizar a ambivalência e ansiedade associada à tomada de decisão, bem como a instilação de confiança de que a situação está sendo bem manejada (Poonian et al, 2020). A sensação de que o profissional está sendo empoderado e apoiado em sua tomada de decisão está relacionado à viabilização de orientações claras e bem definidas por parte das lideranças (Shanafelt et al, 2020).

A ausência de protocolos específicos e planejamento eficaz e eficiente por parte dos governos e gerências de saúde, orientações contraditórias por parte dos gestores, bem como a coordenação inadequada da saúde hospitalar foram identificadas como fatores de risco para a saúde mental de profissionais e para o bem estar dos pacientes, uma vez que produz um contexto laboral de elevado nível de estresse e ansiedade (Lázaro-Pérez et al., 2020).

Inquestionável a característica imprevisível que uma pandemia da magnitude da causada pelo novo coronavírus gerou nos diferentes seguimentos da sociedade. Apesar dessa característica imprevisível, há um consenso na consideração acerca da importância de lideranças e gerências que promovam uma comunicação clara, essencial durante períodos de incerteza. Digby (2020) identificou que informações conflitantes direcionadas a profissionais de saúde tinha um potencial efeito ansiogênico, além da produção de desestabilização das equipes de saúde no manejo das situações limite às quais se deparavam constantemente. Além da necessidade de comunicações eficientes e objetivas, os profissionais de saúde manifestaram o desejo de serem consultados acerca de decisões de gestão que afetassem diretamente sua atuação, bem como o desejo de serem mantidos atualizados e esclarecidos constantemente. Tal manejo foi visto como um fator de proteção na redução da angústia que

os profissionais enfrentavam diariamente frente às mudanças constantes nos processos de trabalho de um plantão para outro (Digby et al, 2020). Não saber a previsão do curso da pandemia e perceber que essa angústia é compartilhada entre as autoridades competentes foi um dos potenciais agravantes à ansiedade.

Pânico e ansiedade são respostas comuns quando um grupo de profissionais se vê preparando para uma pandemia iminente. Bem como a incerteza associada às mudanças aceleradas do curso de vida em um contexto de crise sanitária é um potencial fator de risco associado à ansiedade e depressão (Isaacs et al, 2020).

Em um estudo cujo objetivo era realizar uma análise das primeiras respostas políticas do Governo Brasileiro para o enfrentamento da COVID-19 (Cimini et al, 2020) foram mapeadas 200 medidas implementadas pelo Governo Federal no primeiro semestre de 2020, identificando que o elevado número de políticas (leis, medidas provisórias e portarias) não representaram efetividade e abrangência de respostas no manejo da pandemia. Foram identificados quatro pontos focais de desafio no manejo gerencial da pandemia: 1) ausência de uma política nacional de resposta coordenada para contenção da transmissão viral, 2) desalinhamento entre as medidas para aumento da capacidade de atendimento e políticas para achatamento da curva de transmissão, 3) atraso e insuficiência nas respostas para a proteção da segurança financeira das famílias, e 4) dinâmica de governo marcada por conflitos entre a esfera federal e estados/municípios e executivo. Além dos principais desafios apontados, identificou-se ainda, falta de diálogo com sociedade civil e empresariado nas tomadas de decisões.

A insuficiência de coordenação nacional para manejo da pandemia foi apontado como uma das dificuldades para um bom desempenho da vigilância sanitária no Brasil (Freitas & Villela, 2021). Tal insuficiência fica evidente na emissão de sinais trocados sobre as

estratégias que o SUS deve adotar, como as orientações equivocadas acerca das estratégias e esquema vacinal difundido em alguns momentos.

Em 2019 foi publicado pela OMS um documento que tem como referência o Marco de Sendai para Redução de Risco de Desastres (UNDRR, 2015), intitulado “Estrutura de gestão de risco de desastres e emergências em saúde”, que juntamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e o Acordo de Paris, constituem uma referência para políticas, medidas e ações para reduzir situações de crises (sanitárias, climáticas, humanitárias e de desastres) (Freitas & Villela, 2021). Tais orientações refletem uma mudança de perspectiva com priorização de uma gestão de riscos mais ativa, preventiva e prospectiva; distanciando-se de um padrão reativo e focado na redução de danos com estratégias que priorizam a resposta. Trata-se de uma cadeia de ações que deverão priorizar a multiplicidade de processos, desde a prevenção de riscos e desastres até a preparação, o alerta precoce, as respostas de reabilitação, recuperação e reconstrução das condições de vida e saúde (Freitas, 2020).

Desse modo, um desafio da gestão de riscos é viabilizar um conjunto de ações de enfrentamento da emergência sanitária que seja implementado de forma coordenada e articulada, intersetorial e considerando todas as etapas do processo desde a prevenção; de forma articulada, de modo que, opere na lógica do rompimento da setorização de atuação, facilitando uma articulação horizontalizada entre os diferentes setores da sociedade envolvidos e afetados pela crise.

Sobre esta perspectiva, o enfrentamento da COVID-19 foi marcado pela insegurança, falta de insumos e estrutura física compatível com o aumento da demanda, elevado nível de desinformação e acentuada intensificação das iniquidades sociais (Freitas & Villela, 2021). Houve carência na compreensão da importância de medidas que garantissem não apenas o direcionamento das ações de saúde, mas de todos os setores envolvidos, sobre uma

perspectiva intersetorial, a fim de garantir uma proteção à saúde eficaz, em consonância com as necessidades impostas pela crise sanitária.

Apesar da insuficiência na coordenação nacional do SUS, com múltiplos erros estratégicos na condução do enfrentamento da pandemia pelo governo federal (disseminação de protocolos medicamentosos de tratamento precoce sem evidência científica de eficácia, desestímulo às medidas de proteção sanitária, falta de coordenação nacional para aquisição de materiais para condução de tratamento), há exemplos de iniciativas positivas nas esferas municipais de algumas cidades brasileiras, com impacto direto sobre a contenção da pandemia (Freitas & Villela, 2021). Um pesquisa realizada em município paranaense cujo objetivo era descrever as ações e atividades para a organização da atenção primária à saúde identificou um padrão de resposta coordenada do estado frente à COVID-19, que partiu do Plano de Resposta a Emergências em Saúde Pública, composto por três níveis de respostas, que foi atualizado constantemente – o que influenciou positivamente na organização das ações de intervenção na realidade e geração de respostas apropriadas à pandemia (Sousa et al, 2020).

4.2.2 Percepção Impacto da Formação

Essa categoria descreve a percepção das participantes sobre o impacto da formação ofertada durante a capacitação da intervenção em grupo “Vínculos e Reflexões”, tendo em vista que todos os facilitadores que aplicaram a intervenção passaram por um curso de extensão de 60 horas, divididas entre atividades de aulas síncronas, aulas assíncronas, preparação e logística de grupos, atividades práticas de condução de grupos e entrevistas síncronas.

Foram adscritas cinco subcategorias dentro desta temática consideradas relevantes para a discussão dos achados em entrevista, conforme apresentado na tabela 4:

Tabela 4
Percepção impacto da formação e subcategorias

Categories	Subcategorias
Percepção impacto da formação	<ul style="list-style-type: none"> - “A formação foi um respiro” - Segurança - Impacto sobre a organização dos serviços - Organização e metodologia da formação - Educação permanente como fator protetivo

4.2.2.1 “A formação foi um respiro”

Essa subcategoria apresenta a percepção da participante P1 da formação como um “respiro”, associada a uma percepção de alívio durante a vivência da pandemia:

Com toda a incerteza que isso gerava eu me lembro de ter ficado com uma sensação de pânico de imaginar a quantidade de pessoas enlutadas que surgiria por conta dessa pandemia. A gente via diariamente o aumento dos casos de óbitos e aí era desesperador imaginar a quantidade de pessoas que iriam entrar em processos de luto em um contexto muito incerto. E aí assim, ter visto essa oportunidade da formação foi um respiro no meio do caos e do desespero de não saber como lidar com processos de luto coletivo (...) ter tido acesso a essa formação trouxe tranquilidade, e asserenou nosso coração, de conseguir ver que era possível ter uma orientação (...) foi organizador a formação, de uma demanda de saúde mental muito intensa, muito de risco, muito delicada, mas existe esse caminho teórico, mas existe essa possibilidade de abordagem, mas existe esse programa de intervenção, mas existe esse autor que fala sobre essa questão. Então ter tido essa formação foi essencial. Eu falo que no contexto da pandemia essa formação do grupo “Vínculos e Reflexões” e a formação da FIOCRUZ foram essenciais para não ter entrado em um processo de burnout no trabalho. (P1)

4.2.2.2 Segurança

Essa subcategoria descreve a percepção que as participantes tiveram do impacto da formação para o grupo sobre a redução da insegurança na atuação profissional. Nesta subcategoria, foi unânime a ocorrência de relatos associados a essa vivência e percepção da formação:

Quando a gente pensa na formação, né, eu percebi que a formação me deu segurança, centramento e foi um fator protetivo para que eu não adoecer (...) Eu vejo a formação como uma experiência de ancoramento. Então foi essencial. E a própria estrutura da formação foi muito boa do começo ao fim. (P1)

No começo foi muito desafiador, porque até então eu não tinha trabalhado com grupos, então foi minha primeira experiência. No começo eu me sentia bastante insegura, mas a forma como foi construído a disciplina na época a gente teve esse primeiro momento com a discussão teórica então foi muito um guia assim de atuação, de como seriam esses encontros. (...) Então ter cuidado também com essas expectativas que eu poderia criar antes do início do trabalho com alguém e compreender que as expectativas são minhas, mas o processo depende do todo, depende de outras pessoas. (P2)

Eu achei que foi muito bom porque eu tinha muita vontade de vivenciar essa experiência e não me sentia tão segura em alguns manejos na forma de condução, e aí essa possibilidade que foi tanto pela disciplina que eu fiz na época com as professoras Silvia e Isabela, de conteúdo, de entender que tinha a metodologia que elas estavam propondo, me deu mais segurança. Foi bem importante. (P3)

Então meu medo das telas se dissolveu na medida que a gente conseguiu ver as pessoas e conversar com elas, ver que o espaço que a gente estava oferecendo era útil no sentido de que elas estavam aproveitando e desmistificando a psicologia. (P4)

A parte prática foi essencial nisso, pra ter segurança na condução da intervenção e pra ter esse incentivo. Porque o melhor incentivo é esse que vem dos efeitos com os participantes. (P5)

4.2.2.3 Impacto Sobre a Organização dos Serviços

Essa subcategoria descreve a percepção que as participantes tiveram do impacto da formação sobre a organização dos serviços, com relato de desdobramentos na rotina laboral para além dos objetivos iniciais da capacitação para condução do grupo “Vínculos e Reflexões”. As participantes P2, P4 e P5 expuseram algumas nuances dessa dimensão na fala:

Hoje mesmo, os meus atendimentos são todos online, então tudo aquilo foi muito importante sobre sigilo, sobre a segurança do participante, eu não estou aqui presente com ele, mas aonde ele está, quem são, quem vai ser o suporte dele caso ele precise, para quem ele vai ligar ou para quem eu preciso ligar se ele não tiver em segurança em algum momento. Então são coisas, são informações que são úteis para a atuação como um todo. (P2)

Eu fico preocupada do ponto de vista da responsabilidade de conduzir um trabalho desse em função da distância, do acolhimento e do apoio que eu posso dar para as pessoas. Mas isso é um pouco de uma preocupação, sabe, uma coisa que faz com que a gente aja de uma forma melhor, eu não fico com peso disso. Mas eu fico muito satisfeita de fazer, eu falo e até me arrepio quando eu falo (...) A gente vê as professoras, os colegas falando com tanto gosto dos grupos, e aí pensa: a gente podia continuar, né?! Eu falava: vamos fazer mais. Então a formação foi importante pra gente ter conseguido alcançar as pessoas mesmo em outros estados (...) Eu ainda não conhecia a terapia narrativa, aí o que eu fui tentando fazer, que na verdade eu já

fazia isso de todo o jeito, e que me ajuda inclusive no trabalho com as pessoas das equipes, foi facilitar a comunicação. (P4)

Eu acho que o grupo e o próprio curso, a própria leitura, acho que uma coisa associada a outra, até hoje mesmo eu penso muito nisso, eu tenho uma demanda muito grande na minha unidade e eu não sei como os psicólogos do NASF tem administrado isso, mas nas características da minha unidade em que trabalho, que tem uma equipe de pessoas muito capacitadas e sensíveis a questão do sofrimento, então isso acaba que gera uma demanda muito grande, tanto em consultas compartilhadas quanto em atendimento individual. E aí eu comecei, eu fui retomando um pouco a isso (capacitação) para ir agregando à prática, um foco (...) então eu usei esses recursos, de pegar as demandas que não fossem tão graves, de tentar fazer quatro ou cinco atendimentos mais focados pra poder dar conta um pouco disso que é crescente (demanda de luto). (P5)

4.2.2.4 Organização e Metodologia da Formação

Essa subcategoria descreve a percepção que as participantes tiveram sobre a metodologia do processo de formação e capacitação para multiplicadores do grupo “Vínculos e Reflexões”. As participantes P1, P2, P4 e P5 expuseram algumas nuances dessa dimensão nas falas:

Entra uma estratégia muito bem pensado do grupo que foi de ter feito nessa modalidade de co-terapeutas, de ter colocado sempre um observador, né, que era um estudante de graduação para fazer o relato. Porque a gente tinha esse momento pós sessão que a gente conversava que a gente compartilhava sobre como tinha sido o grupo, sobre as nossas mobilizações, a gente se acolhia. (P1)

Todas as leituras foram sempre muito focadas trazendo o contexto que a gente está vivenciando, né? Que foi ali bem no auge da pandemia. Então nós tivemos essa educação que trouxe muito pro atual, do que nós estamos vivenciando o que as pessoas participantes estariam vivenciando. Então esse cuidado de compreender que a pessoa sente também dentro de um contexto, de um momento. E o que isso pode interferir nesse processo, nessa experiência que ela vivencia. (...) Foi um grupo formado por vários profissionais, a professora também que liderava todos os grupos, então ela dava supervisão, né. Então acho isso da supervisão que tornou muito rico nosso processo de aprendizado. Os encontros de supervisão com a professora, isso foi tornando mais fácil o processo. E aí foi me deixando mais segura, os encontros também com os participantes... E aí mais pro final já consegui perceber essa sensação de estar segura mais confortável com o grupo, o grupo mais confortável com a gente. Já conseguimos sentir mais satisfeita com todo o processo. (P2)

A gente ainda tava no final da formação quando a gente começou os atendimentos. Então a gente poder voltar e ter uma intervenção, né, que chamava, extremamente importante a gente ter isso para ouvir os colegas para perceber que as comunidades tinham as suas características que cada uma tava em uma regional diferente. (P4)

(...) os textos que foram trazidos e a forma com que foi dialogado com a gente na supervisão, né? E a possibilidade da gente já iniciar mesmo durante o curso, então achei isso muito importante porque teve muitas trocas com os colegas que estavam fazendo e isso enriqueceu muito. (...) e achei importante a gente ser três porque isso deu uma sustentação grande pro próprio grupo, e nós não fomos muito rígidos, então se surgisse alguma questão o outro pedia licença e entrava do seu modo. (P5)

4.2.2.5 Educação Permanente como Fator Protetivo

Essa subcategoria descreve a percepção que as participantes tiveram da formação/capacitação como um fator protetivo para a saúde mental e para a oferta de uma assistência qualificada e comprometida no trabalho. Nesta categoria, identificaram-se relatos associados a essa vivência e percepção da formação pelas participantes P2, P3, P4 e P5:

Foi uma experiência, assim, bastante especial no meu processo como profissional, como pessoa também. Não só nas questões mais didáticas básicas de como organizar um grupo, como lidar com todo esse processo, de todas essas pessoas e cada uma em um momento diferente com sentimentos e falas diferentes, mas me ajudou também a ter mais cuidado na escuta, uma delicadeza na escuta, uma delicadeza em dar o tempo para a pessoa expressar esse sentimento que ela trazia. Entender também que um grupo tem um processo que não é meu é um processo do grupo. (P2)

A formação teve um impacto no manejo principalmente, conhecimento e informação sobre as diferentes fases... rever conteúdos... porque eu não tinha até então trabalhado com programas e projetos, até mesmo na clínica, questões tão fortes, digamos assim, relacionadas ao luto, de tratar assim só com pessoas que estavam enlutadas, eu nunca tinha tido essa experiência. E conhecer um pouquinho, assim, da dinâmica das fases, isso me ajudou bastante a entender. Então, nesse sentido, eu acho que impactou sim, positivamente, porque me deu um conhecimento que eu não tinha. (P3)

Agente tá muito bem assessorado de toda forma. E os temas que eram novos pra mim, eu não conhecia a narrativa, né?! Então assim, é uma novidade, mas ao mesmo tempo agrega, aumenta a nossa capacidade de observar e ter condições de aplicar o que a gente estava se propondo a fazer. (P4)

Acho que isso (formação) permitiu que a gente já entrevistasse com essa população que já estava chegando pra gente com essa demanda de algum modo, né? E que ela chegava de um modo até muito restrito porque ela chegava e a gente fazia inicialmente uma escuta, depois demorava pra uma segunda, pela própria organização do trabalho, e da... da questão da restrição de entrada de pessoas e a UBS principalmente trabalhando em função da pandemia, né? (...) Então assim, mesmo sem estar no próprio grupo, mas no nosso próprio atendimento já levou a uma atenção um pouco mais objetiva, né? De dirigir uma escuta mais focada praquele momento. (...) Que dá uma contenção pra esses casos (de luto) que teve uma procura individual. (P5)

Frente a um contexto pandêmico ou de crises e emergências associadas a desastres, com impacto significativo sobre a natureza das demandas, intensidade de trabalho e rotina laboral, faz-se essencial o direcionamento de uma atenção especial aos profissionais de saúde envolvidos na assistência. Além da exposição mais acentuada ao risco de infecção pessoal e para seus familiares, testemunho diário de óbitos, frustração por não conseguir ofertar um cuidado que reverta o quadro de saúde, sensação de perda de controle, sobrecarga e desvalorização profissional; os profissionais lidam diariamente com os dilemas éticos e morais na tomada de decisão acerca do tratamento dos pacientes, com situações extremas de priorização de público alvo que acessará alguma intervenção que não esteja disponível para todos em um cenário de escassez de recursos e/ou capacidade de atendimento (Schmidt, Crepaldi, & Bolze, 2020; Noal et al, 2020). A complexidade e característica multifatorial destas demandas diárias são um fator de risco para o surgimento de sofrimento mental que poderá se estender até mesmo após a crise mais aguda da pandemia (Turna, 2021; Veldhuis, 2021).

A procura intensa e ativa de profissionais de saúde e gestores por orientações e direcionamentos sobre como lidar com a pandemia e seus efeitos sociais e mentais, aponta para a necessidade de criações de espaços de diálogo e formação que promova a escuta de suas angústias, medos e dores, desencadeadas pelo processo de trabalho atípico e de risco constante sobre a saúde mental (Noal et al, 2021). Em um contexto de crise e emergência é essencial que a gestão organize um plano de respostas coordenadas que considere a capacitação e orientação sólida das equipes envolvidas no processo de cuidado urgente. Nesta dinâmica, uma condução organizada e bem direcionada das equipes por parte dos gestores, com orientações práticas, bem elaboradas, respaldadas em evidências, considerando os conhecimentos técnicos relacionados aos cuidados clínicos e ao apoio psicossocial aos pacientes e seus familiares, são essenciais na criação de um senso de ancoramento de esperança, novos sentidos de práticas profissionais e seguimento do serviço de forma segura e resolutiva (Noal et al, 2021.)

Segundo Noal et al (2020) a parcela de profissionais da saúde que tiveram acesso a um treinamento ou orientações direcionadas e coordenadas para o manejo da crise pandêmica é muito reduzida, o que dificulta a criação de um contexto seguro para a atuação e um senso de ancoramento no processo de trabalho. O reconhecimento da singularidade deste contexto pandêmico é essencial para que os sistemas de saúde priorizem a oferta de ferramentas como cursos, capacitações ou treinamentos que ajudem os profissionais de saúde a lidarem com situações de emergência que demandam um arcabouço de habilidades e estratégias incomuns à prática cotidiana de um contexto não emergencial. A indispensabilidade da oferta de formações focadas no manejo da pandemia, com embasamento científico robusto e estratégias de ensino e aprendizagem bem estruturadas pode ser identificada na nas falas das participantes acima, que reconhece a oportunidade da formação para o grupo como uma

experiência organizadora da rotina de trabalho, e um fator protetivo para alívio da angústia e redução do risco de sofrimento mental no contexto de trabalho.

Em um recorte de fala verbalizado pela participante P1 foi reconhecido que além da capacitação formativa para facilitação do grupo “Vínculos e Reflexões”, a capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19 realizada pela FIOCRUZ em 2020 (Noal et al, 2020) foi essencial para a consolidação do direcionamento até então em falta na sua atuação profissional dentro do SUS. A referida capacitação foi criada por um grupo de pesquisadoras convidadas, após a declaração do Ministério da Saúde sobre a transmissão comunitária no Brasil, responsáveis por reunir as evidências científicas de bom manejo da saúde mental em países que já estavam convivendo com a pandemia há mais tempo (China, Espanha, Itália, Reino Unido). Desse modo, o grupo de pesquisadoras trabalhou para a elaboração de ações estratégicas de orientação e capacitação ágeis, a fim de viabilizar em tempo hábil a oferta de respostas aos profissionais atuantes na linha de frente e à gestão de saúde nas três esferas coordenativas. A capacitação contou com a participação de 69.256 alunos distribuídos em todo o território nacional e com uma parcela menor de participantes de outros países (Noal et al, 2021).

Tal qual a formação apresentada nesta dissertação, a estrutura da formação contou com a modalidade síncrona e assíncrona de ensino, viabilizando a formação até mesmo em uma realidade de distanciamento social, permitindo o acesso de profissionais de diferentes regiões a informações atualizadas e baseadas em pesquisas nacionais e internacionais, objetivando o fortalecimento de processos de trabalho e rotinas institucionais baseadas em protocolos bem sucedidos de manejo de crise em saúde já reportados na literatura (Noal et al, 2021). Importante ressaltar que a mudança de rotinas e processos de trabalho após a participação na formação, foi um dos impactos reportados pelas participantes entrevistadas, o

que aponta para o efeito a longo prazo que a educação permanente pode produzir sobre os serviços de saúde nacionais.

Dentro deste formato de ensino online é possível a criação de um espaço de mitigação das reações de insegurança e sofrimento psíquico advindo da sensação de impotência e fragilidade profissional para o manejo da crise em decorrência da falta de conhecimento técnico, por meio da oferta de um canal de comunicação acessível e direto com os alunos para verbalização de dúvidas e resposta direta e objetiva das questões levadas para debate (Noal et al, 2020).

Um apontamento importante deste estudo foi o aumento da segurança e confiança dos participantes para iniciarem e conduzirem intervenções de saúde no contexto da pandemia, inclusive no manejo de processos de luto traumático e coletivos, bem como a atuação no contexto pandêmico, após a conclusão da formação. Segundo Morgan et al. (2021) aumentar a capacidade dos profissionais de saúde para iniciarem ações de cuidado planejadas em serviços que envolvam aproximação do fim de vida e luto é vital para os usuários envolvidos no processo que nem sempre conseguirão perceber a urgência e relevância de acessarem intervenções responsivas em saúde mental.

O envolvimento com a dimensão dos cuidados paliativos com os pacientes tem sido apontado como um dos aspectos mais desafiadores da assistência à saúde, mas de extrema importância para os profissionais que lidam com a temática da morte, perda e luto (Bergenholtz et al., 2019; Tavares & Taylor, 2016).

Estudos apontam que a aprendizagem autodirigida, processo caracterizado pela postura mais autônoma e auto orientada pelo próprio profissional, tem sido considerada uma resposta adaptativa de profissionais da saúde que trabalham em ambientes muito complexos e mutáveis (Morris, 2019; Bonk, Lee, Kou, Xu, & Feng, 2015), no entanto, uma pesquisa

também sugere que a competência informal da aprendizagem requer um nível de investimento elevado do profissional que pode estar associado ao desgaste no contexto laboral e sobrecarga no manejo de múltiplas demandas de atuação e capacitação, o que reforça a relevância de oferta de programas bem estruturados de educação continuada e capacitação condizente com as reais demandas do dia a dia profissional, como a ofertada no curso de extensão para formação de facilitadores da intervenção psicossocial do grupo “Vínculos e reflexões” (Rawlings et al., 2019).

Alguns dos resultados encontrados nas entrevistas realizadas com os facilitadores do grupo “Vínculos e Reflexões” também foram identificados em uma pesquisa que avaliou a relevância de um programa de educação continuada de cuidados paliativos (Bollig et al., 2021), sendo eles: encontrar um ambiente de ensino agradável, informações relevantes e estrutura clara, bem como empoderamento dos participantes. As duas pesquisas apontam o impacto que a formação continuada, ainda que online, tem nos processos de trabalho de profissionais de saúde, e possuem um potencial efeito protetor para promoção de segurança e orientações responsáveis de cuidado.

Estudos recentes apontam o risco extremo para o desenvolvimento de problemas associados à saúde mental ao qual profissionais de saúde que se encontram em um contexto estressante de trabalho, especialmente durante a pandemia (Ruiz-Fernández et al., 2020; Lehto et al., 2020; Lázaro-Pérez et al., 2020). A alta incidência de quadros de burnout e fadiga por compaixão aumentam esse risco, e foi identificado predominantemente na equipe de UTI em um hospital de campanha espanhol (Ruiz-Fernández et al., 2020).

Um estudo qualitativo sobre o impacto da educação continuada em uma equipe de cuidados paliativos apontou o impacto positivo percebido sobre a melhora do preparo para execução dos processos de trabalho, reestruturação de intervenções mais efetivas, e,

principalmente melhora da motivação laboral após o preparo formativo (Morgan et al., 2021). Os participantes relataram validação do conhecimento ensinado; melhora da confiança e segurança profissional no manejo com paciente, familiar e equipe; e valorização dos módulos com atividades práticas no processo de fixação e assimilação da informação. Identificam-se semelhanças com os achados na presente subcategoria, quando as participantes identificaram o acesso à educação continuada como um fator de proteção para a assistência responsável e eficiente, bem como para a preservação da saúde mental.

Segundo Hughes (2010) o suporte em saúde mental durante um cenário de emergência em saúde, especialmente os contextos epidêmicos, deve ser inserido como parte do planejamento e manejo da crise. Desse modo, para que haja um manejo adequado dos desafios impostos pelas epidemias, é imprescindível que haja profissionais treinados em primeiros socorros psicológicos (Everly, 2014), o que aponta para a necessidade de um treinamento baseado em evidências para equipes de saúde a fim de fortalecer a capacidade de resposta em crises humanitárias, e a capacidade de resposta de cada profissional envolvido por meio da redução da insegurança e comprometimento respaldado tecnicamente para tomadas de decisões e práticas laborais (Sijbrandij et al, 2020).

De acordo com Noal et al. (2020) há uma lacuna formativa nos cursos de saúde acerca do manejo de crises e emergências coletivas, de modo que, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de capacitação e formação dos trabalhadores da saúde a fim de mitigar o impacto da lacuna curricular em conhecimentos acerca de crise e emergências. Especialmente durante uma pandemia, a formação das equipes de saúde com foco nessa temática é fundamental (Shanafelt et al., 2020).

A fim de atender relevante demanda de aprimoramento teórico contínuo pelos profissionais de saúde que lidam com demandas orgânicas e complexas diariamente, foi

desenvolvida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que deve considerar as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (Ministério da Saúde, 2009).

4.2.3 Percepção impacto do Grupo

Essa categoria descreve a percepção das participantes sobre o impacto dos grupos entre as envolvidas, participantes e facilitadoras. Foram adscritas seis subcategorias dentro desta temática consideradas relevantes para a discussão dos achados em entrevista, conforme apresentado na tabela 5:

Tabela 5

Percepção impacto do grupo e subcategorias

Categories	Subcategories
Percepção impacto do grupo	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização pessoal das facilitadoras - Vulnerabilidade do luto na pandemia - Fatores terapêuticos grupais - Fortalecimento das relações familiares - Aceitação - Intervenção online

4.2.3.1 Mobilização Emocional

Essa subcategoria descreve a mobilização emocional vivenciada pelas profissionais da saúde no contexto pandêmico, que fora potencializada pela contemplação de que o risco sanitário era comum a toda a população, realidade incomum no cenário usual de atuação onde os profissionais percebem um distanciamento da realidade pessoal em relação à realidade do paciente. Sobre tal temática, a participante P1 compartilhou uma percepção endossada pelas participantes P3, P4 e P5:

(...) foi uma experiência (condução dos grupos) muito mobilizadora, então assim, teve uma parte de que era muito difícil ouvir esses relatos, não deixar que isso contagiasse e contaminasse as minhas dores e as minhas apreensões também. (...) eu ouvia as coisas no grupo, os relatos de processos de luto muito difíceis e imediatamente eu me conectava com meu medo e desespero de perder pessoas queridas. Porque estar nesse lugar de ser facilitadora desse grupo nos coloca em um contexto de lidar com uma emergência que não é só a emergência do outro, né? É a emergência que é minha também, e eu algumas vezes saí assim... muito mobilizada dos encontros porque isso dizia de uma dor e medo, né, que era meu também, então foi muito mobilizador. (P1)

No início eu tava um pouco receosa, até porque em 2020 eu perdi (familiar) pelo COVID, então eu achei... eu fiquei com muito receio de ficar assim muito mexida, de não conseguir...enfim, de misturar, né, as coisas. Mas à medida que eu fui me sentindo mais segura e também.... o luto eu tive condições de elaborar esse luto da minha sogra porque a gente, embora em plena pandemia, a gente teve acesso à ela, teve acesso à condição (clínica) dela. (P3)

(...) uma coisa de... um dos casos que mais me mexeram eu acho pela minha identificação, eram relatos das mães que perdiam seus filhos, né? Que é uma dor assim que a gente não imagina. Eu como mãe, assim, não consigo entender se tem uma dor que parece que não vai ter fim assim. (P3)

Porque pessoalmente eu não tinha perdido ninguém pra COVID, né? Na verdade eu tava vivendo um luto hospitalar, porque a gente teve que mudar completamente a nossa rotina de trabalho no Hospital Geral. (P4)

Por ser um grupo e por ser uma temática que eu acho que mexe muito com a gente, porque é uma questão que perpassa as nossas vivências, então não tem como a gente,

muitas vezes, não se identificar e não se ver ali tocada, né? Então esse é o desafio. Porque muitas vezes resgatar na própria experiência, e na própria formação da pergunta, e nas próprias aulas, ajuda a ressignificar algum conteúdo que tá ali, então a gente volta algumas questões nossa, retoma, né? Então eu acho que proporcionou muito essa dinâmica. (P5)

4.2.3.2 Vulnerabilidade do Luto na Pandemia

Essa subcategoria descreve a especificidade que o conjunto de alguns fatores de risco presentes no cenário da pandemia gerou no processo de luto vivenciado pelos familiares participantes dos grupos. A participante P1 expôs algumas nuances dessa dimensão na fala:

E aí quando eu me lembrava dessa experiência, da quantidade de pessoas em processo de luto comum, sem essas particularidades da pandemia, já entravam em processos de adoecimento, né, de vulnerabilidade, de fragilização emocional já em processos de luto comum, pensa num contexto pandêmico, uma vivência de luto coletivo, associado a uma sensação de desassistência política e de saúde pública; então assim, é um nível de sofrimento que eu penso ser indescritível (...) situações traumáticas como foram o processo de luto de muitas dessas pessoas, né, de verem familiares morrendo com falta de ar porque não tiveram acesso a oxigênio. Teve gente relatando que familiar morreu na estrada com falta de ar na ambulância porque havia acabado o oxigênio, e o familiar vendo tudo isso; gente que foi a óbito com dor porque não tinha mais medicação na cidade do interior; gente que perdeu o familiar e não viu, então assim, imagina o nível do trauma disso tudo, não é uma morte comum. (P1)

4.2.3.3 Fatores Terapêuticos Grupais

Importante reconhecer e ressaltar que muitos dos recortes de fala das participantes categorizados em um domínio específico, poderiam ser direcionados à outra subcategoria, especialmente os relacionados aos fatores terapêuticos grupais. Tal característica pode ser explicada pela inexistência de limites nítidos entre os fatores terapêuticos que poderão mesclar suas características e efeitos entre si. À medida que um participante entre em contato com a universalidade de sua experiência, por exemplo, percebendo suas semelhanças com os outros membros, fica mais propício o surgimento da catarse, do altruísmo e da aprendizagem interpessoal.

Então eu acho que essa atuação do grupo em si foi assim muito, muito importante para que essas pessoas conseguissem passar por esse momento, que deu para perceber também é que cada pessoa estava no momento vivendo uma fase daquele luto. O grupo serviu de apoio, sabe, de escuta, de acolhimentos. E as pessoas se sentiram fazendo parte, sabe assim, eu acho que elas se viam nas dores também umas das outras, isso ajudou também para se confortarem né? E terem esperança de seguir.
(P3)

Então quando as pessoas se sentem ouvidas elas conseguem agir porque elas percebem que elas são reconhecidas.(...) E potencializar o que ela já tem ali, mas ela não tá conseguindo ver. Então eu acho que agregou nesse ponto. Então as pessoas não saíram iguais, do dia que começou pro dia que terminou. (P4)

(...) então a gente teve uma (participante) que ela desde o primeiro encontro chegava e levava uma toalha, a toalha das lágrimas, e nos últimos contatos ela já estava com projetos de vida. (...) é possível sentir a saudade, sentir a perda, mas é possível continuar. (P5)

(...) pessoas conseguindo não julgar o que estavam sentindo porque viam pessoas que estavam na mesma situação, que aquilo era normal. (P1)

Eu lembro também que às vezes uma falava, às vezes ninguém falava, então quando uma falava vinha uma ou duas dizendo: poxa, isso que você tá falando é o que eu estou sentindo. Então a fala do outro trazia o que era a emoção das outras pessoas, então tinha esse sentimento de naturalidade nas outras. (P2)

O grupo ele promove isso, um como outro, as identificações e trocas, que é muito enriquecedor, ultrapassa muito mais do que uma escuta individual possa oferecer, porque tem o apoio comunitário, o apoio entre as pessoas. (P5)

Dentro do grupo elas conseguiam ter essa liberdade de fala, de se expressar, de chorar, e sem sentir serem julgadas por isso, inclusive porque nós (facilitadoras) íamos sempre sinalizando: então, isso é natural no processo de luto, essa insônia, essa culpa, essa revolta, essa saudade, é natural sentir que a pessoa ainda está aqui, tem um mês de perda pra uma vida de partilha (...) então assim, elas (participantes) iam entendendo também que a dor era de um processo, sabe? Muitas destacavam também essa sensação de tá ali se ouvindo e perceber que cada uma passava de uma forma diferente, tinha uma percepção diferente, mas elas respeitavam essa diferença, mas tinham coisas que também eram comuns entre elas, isso era visto com naturalidade, que é aquelas memórias repetidas, né? (P2)

Percebi que a gente conseguiu fazer um vínculo com essas pessoas surreal, assim, sabe? Deles confiarem coisas muito difíceis que eles estavam passando. (P4)

Ela (participante do grupo) conseguiu aceitar ajuda dos irmãos porque ela tinha conflito com a família inteira. E dar a chance de ela poder dizer não para alguns

tipos de ajuda que as pessoas querem dar, sabe? Não é que a gente vai banalizar ou naturalizar, de jeito nenhum. É legitimar, dizer: muito obrigada, eu consigo fazer sozinha, ou agora eu não preciso, quando eu precisar eu te chamo. De uma forma que não seja agressiva, né, alguns relatos assim que a gente pôde ver. (P4)

Teve uma (participante) que perdeu o marido e ele tinha outra família, né, filhos. E ela retomou muito a essa questão com eles. (...)No final ela já tinha se organizado (...) tido algum contato com os filhos de fazer uma partilha mesmo. (...) Ela já estava conseguindo ter outro estilo de vida. (P5)

Vi pessoas em processo muito difícil de luto conseguindo vislumbrar dentro da sua rede de apoio outras figuras de cuidado, não que substituíssem, mas que conseguissem assumir posições de cuidado não normalizadas. Então vi pessoas conseguindo, em momentos de dores tão profundas, conseguir enxergar em outros familiares outras pessoas para assumirem papéis de cuidado nunca antes enxergados, de acolhimento, de presença. (P1)

Algumas pessoas dos grupos inclusive mantiveram contato por um tempo. Enfim, alguma continuidade de apoio, isso deu pra perceber. (P3)

(...) tinha uma coisa legal que eu via que era participantes muito tímidas de início, que foram se soltando porque ouviam pessoas muito emocionadas compartilharem seus relatos, chorarem, e foram sentindo que também podiam fazer isso, que era um espaço protegido (...) e aí elas tinham coragem de se abrir, de fazer igual a outra do grupo. (P1)

Elas demonstravam interesse umas nas outras, entre um encontro e outro elas lembravam do quê que uma falou, seguiam os exemplos umas das outras. (P2)

Então assim eles se apoiavam entre si de uma maneira... Eles se apoiavam entre eles, de se confiarem mesmo. Por conta das outras características, de verem que uma pessoa lida de um jeito, às vezes de outro, e se inspirarem entre si. De verem exemplos de pessoas que estavam lidando melhor com algumas coisas do luto, e irem se espelhando de como manejar esse luto. Então acho que foi muito positivo e relevante pra essa proposta que a gente fez. (P4)

Foi muito bonito isso de ver o afeto sendo fortalecido mediado por telas. Tinham pessoas de outros estados conhecendo e fortalecendo laços com gente distante, tinham familiares que moravam longe se encontrando nos grupos e sentindo coesão na partilha de um processo de luto tão particularizado mas compartilhado. (P1)

E (as participantes) conseguindo falar dos assuntos, e tudo parecia tão orgânico que eu falei: a gente não precisa fazer nada! Exatamente, só de estar aqui né? (...) Então foi isso, aí eu vi realmente, né? É a disponibilidade da pessoa do outro lado, então é essa parceria desse grupo em conjunto que faz ser terapêutico e as pessoas aproveitarem bem. (P4)

Então eu acho que o grupo ele também trouxe esse senso de realidade e por mais que seja difícil olhar para a realidade, para as dores, eu acredito muito que a realidade tem um potencial terapêutico também. Então olhar para essas dores, esses medos para essas apreensões, conseguir nomeá-las, conseguir entrar em contato com elas é também muito terapêutico. (P1)

Tem essa tendência de ficar sempre vindo à tona, essa necessidade de falar, essa dor que é insistente. Então isso era algo que era comum também. (P2)

O grupo me mostrou que apesar de lidar com dores que são viscerais e muito complexas sempre existe algo que pode ser feito. Não tô falando aqui de curar a dor, tô falando aqui de manejar. Toda experiência traumática é manejável e passível de ser simbolizada de uma forma que viabilize seguir a vida. (P1)

Apesar da gente estar trabalhando o luto a gente estava falando de vida o tempo todo, né, de vitalidade, de possibilidades, dos relacionamentos, né, dos que passaram e dos que estavam ainda aqui. (P4)

E aí ter tido essa experiência de poder usar do meu tempo, do meu privilégio também, né, de não ter agravado quando eu peguei COVID, de não ter passado por um luto familiar, de ter conseguido preservar o mínimo de uma saúde mental para conseguir ofertar um serviço que eu vi que tem um efeito e um impacto muito positivo. Foi um privilégio ter conseguido lidar com essa demanda. (P1)

E mesmo mulheres passando por esse sentimento que era uma dor que ela sentiu a cada dia tinha o que dar pro outro sabe, assim? Era uma coisa que chama muito atenção, assim, diante de uma situação de dor e de perda, é que quase todas as pessoas tinham uma coisa de confortar o outro sabe? Tipo assim, mesmo muito mal, muito fragilizado, tinham o que dar pro outro, sabe assim? Isso é uma coisa muito importante. (P3)

4.2.3.13 Fortalecimento das Relações Familiares

Essa subcategoria descreve a percepção que as facilitadoras tiveram sobre o fortalecimento das relações familiares entre alguns participantes dos grupos. As participantes P1 e P4 verbalizaram os seguintes relatos acerca do tema:

(...) fortalecimento de vínculos familiares, inclusive entre familiares no mesmo grupo de se sensibilizarem mutuamente e se sentirem apoiados, e a partir dessa perda fortalecer uma relação familiar já existente estreitando o vínculo. (P1)

Eu acho que assim aqueles que já tinham um contato próximo com a família tiveram essas vinculações familiares fortalecidas, ficavam mais à vontade. (P4)

4.2.3.14 Aceitação

Essa subcategoria descreve a percepção que as facilitadoras tiveram sobre a aceitação das participantes em relação ao processo de luto vivenciado, e o favorecimento que o grupo gerou para a potencialização desse fator. As participantes P1, P2 e P4 verbalizaram os seguintes relatos acerca do tema:

(...) então pessoas que estavam há processos de luto mais prolongados, há mais de meses conseguindo validar que aquilo que elas sentem não tem problema nem tem razão de acelerar um processo de luto, que o processo de luto não é linear, que tem seus altos e baixos e que cada pessoa vai lidar de uma forma muito particular, e as pessoas conseguindo de fato acolher aquilo. (P1)

Outra coisa, era uma fala que alguns participantes tinham de rodear a questão da culpa. Na pandemia isso ficou muito forte em quem perdeu alguém querido, porque em alguns casos tinha a culpa pessoal por pensarem que poderiam ter sido os vetores da infecção, e principalmente, a culpabilização de terceiros: gestores, figuras de comando, e o manejo federal da pandemia não ajudou em nada, o que potencializou essa presença constante da culpa no processo de luto. O que foi amenizando com o grupo na medida que as pessoas iam ouvindo outras histórias, algumas parecidas mesmo em realidades tão diferentes, e sinalizavam que foram percebendo que não

tinha muito o que elas poderiam ter feito para evitar. Isso foi muito importante também do impacto do grupo sobre esse sentimento de culpa. E culpa também de seguir né? Porque também acontece essa ambiguidade de tocar a vida, sentir alegria, e entrar numa culpa por não estar honrando essa falta, como se fosse uma lealdade com quem se foi. (P1)

Elas (participantes do grupo) demonstravam, assim, que ali era um espaço de liberdade para elas falarem sobre essa dor. Muitas traziam esse relato de que se sentiam mais reprimidas sobre a sua expressão emocional na família, com amigos, porque as pessoas esperam, tem uma expectativa sobre quem vivencia o luto e às vezes a pessoa que realmente tá vivendo, ela não consegue acompanhar as expectativas da sociedade. (P2)

E tempo era um tema muito importante nisso sobre o luto. Inclusive isso era engraçado por que as pessoas pegam uma receitinha da Kubler Ross e aí ficam aplicando, né? E aí a gente entendeu inclusive lá na formação, e isso foi muito bom, que a gente precisa ampliar o olhar, aceitar o tempo de cada uma, que as pessoas não são iguais, que as histórias também não são iguais, apesar de ter muitas semelhanças. (P4)

4.2.3.15 Intervenção Online

Essa subcategoria descreve a percepção que as facilitadoras tiveram sobre a necessidade de adaptação que a pandemia trouxe nos processos de trabalho que começaram a ser realizados predominantemente online, inclusive na condução do grupo “Vínculos e Reflexões”

Isso foi muito bonito de se ver também, familiares enlutados por um ente querido comum se encontrando remotamente e estreitando laços por meio de um encontro online. (P1)

Nos nossos estudos teóricos veio muito sobre as particularidades que cada um poderia estar vivenciando então nós fizemos o grupo de forma online. Então também veio muito aquela orientação de como isso interfere nessa situação, né, como que essas pessoas estariam lidando com tudo nesse contexto online, quais as dificuldades que elas poderiam sentir utilizando esse mecanismo, esses recurso tecnológicos, né, qual seria a segurança delas também ali, onde elas estariam. Toda essa teoria trouxe... foi possível a gente ver de uma forma muito ampla o contexto social, aquele contexto mais micro também onde essas pessoas estão, o quê que elas estão vivenciando quais vão ser as dificuldades que elas vão ter nesse processo. (P2)

Eu acho que o online facilitou em alguns aspectos, por exemplo, a possibilidade de diferentes Estados. Então assim, possibilitou o acesso de diferentes pessoas. Claro que tinha assim um requisito né? Ter internet, ter um computador, ter um celular, assim, não sei se se aplicaria a diferentes regiões mais remotas do Brasil, mas ampliou o acesso. Porque também o número de pessoas, o espaço, enfim, essas adequações. Então nesse sentido eu achei que foi bom. Não achei que impossibilitou a troca de experiência, de manifestação de afeto também não. Embora na minha cabeça, eu também, assim, é uma inferência porque eu não vivi essa prática presencialmente, mas eu me considero uma pessoa bastante afetiva então assim talvez no presencial tivesse algum momento que a gente tivesse mais olho no olho, sabe, toque também, enfim eu acho que isso talvez desse uma maior acolhida mas não senti que tenha prejudicado nesse sentido porque as pessoas conseguiram se expressar. (P3)

O que acontecia eram essas coisas de internet né?! Tipo, às vezes a pessoa caía ou então aquela coisa de deixa a câmera fechada porque não quer demonstrar a sua emoção, ou porque às vezes está fazendo alguma outra coisa, que podia ser a diferença do presencial. A gente enquanto facilitador tava ali ligado o tempo inteiro, com a câmera ligada e prestando atenção. Então eu acho que o presencial, lógico, acrescentaria mais informações, a questão da linguagem corporal, né? A forma como a pessoa está, muitas vezes a pessoa ali, por exemplo, desabava no choro e você: não, a gente tá aqui, tinha a acolhida, né, mas diferente. Mas eu não senti que tenha prejudicado. Eu achei que funcionou e funcionou bem. Assim, com algumas vantagens inclusive que é essa de você poder acolher pessoas distantes, pessoas de diferentes estados. E também a ter a possibilidade de ampliar o número; às vezes você tá numa sala que cabem cinco pessoas dez pessoas, no grupo talvez coubesse 15, sei lá. Assim, tem essa vantagem também, né? (P3)

Eu estava muito ansiosa, receosa também de que as telas impedissem um contato que eu já estava acostumada. À medida que a gente começou, e aí tinha a estagiária também que foi super interessante, e a colega que dividiu comigo era aqui da região também. Então esse trio foi muito importante pra que a gente conseguisse captar o que estava acontecendo e a gente entender que nós somos apoio, sabe? (P4)

O fato de ser online pra mim não trouxe muito impacto porque desde que iniciou a pandemia eu fiz um grupo online (...) então já tava um pouco familiarizada com estar com um grupo maior pela tela e não pelo pessoal e mesmo assim eu acho que foi muito rico. Apesar de não ser o primeiro contato ele trouxe coisas novas também. O grupo de enlutados me trouxe algumas questões de observação, do modo como a pessoa chegava. (P5)

O desgaste físico e psíquico relatado pelos familiares enlutados vai de encontro com o elevado tensionamento sobre a resiliência que esse processo de luto particular exerce sobre a pessoa enlutada. No contexto da pandemia, para além da perda da pessoa amada, o enlutado precisará lidar com a perda dos papéis, privação do contato social e acesso físico a potenciais suportes emocionais, perda da rotina; apontando para um acúmulo de adversidades vistas como potenciais riscos ao enlutado (Carret al, 2020; Mayland et al, 2020).

Uma pesquisa norte americana identificou que pessoas enlutadas pela COVID-19 apresentavam níveis de sofrimento no luto acima dos identificados em grupos de pessoas enlutadas por outros motivos. Objetivando identificar como sintomas psicológicos poderiam estar relacionados com os prejuízos funcionais reportados foi conduzida uma avaliação por meio de questionários de auto avaliação em um grupo de 307 pessoas enlutadas, com foco sobre fatores como neuroticismo, depressão, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático e luto complicado. Identificou-se uma correlação positiva entre os índices de ansiedade, depressão e luto complicado entre os participantes enlutados por familiares vítimas da COVID-19; concluindo-se um maior risco de comprometimento funcional entre pessoas enlutadas pelo novo coronavírus, especialmente quando o quadro de sofrimento mental associava sintomas de estresse pós-traumático (Breen et al., 2021).

Outro fator de risco associado à vulnerabilidade do luto à pandemia é a restrição de visitas aos familiares internados. Segundo Mistraletti et al.(2021) a pandemia trouxe a necessidade de restringir ou proibir o acesso de familiares de pacientes aos hospitais, no entanto, há uma produção significativa de estudos que aponta o quanto tais condutas podem ser nocivas para todos os envolvidos nesse processo: paciente, familiares, principalmente, mas também equipes de saúde (Selman, Sowden, et al., 2021; Selman, Chamberlain, et al., 2021; Allen Watts et al., 2021; Hugelius et al., 2021; Mistraletti et al., 2020;Strang et al., 2020; Temsah et al., 2021). Um estudo italiano cujo objetivo fora avaliar um protocolo de

definição de visitas a pacientes com COVID-19 em um hospital de campanha, resultou na orientação de as instituições de saúde permitissem cuidadosamente a abertura de visitas de familiares, caso tal conduta respeitasse os desejos do paciente. Ressaltou-se a inexistência de razões significativas que justificasse a proibição de visitas de familiares em enfermarias para o tratamento de pessoas infectadas pela COVID-19. A ampliação das visitas, vistas como úteis e necessárias nessa fase do tratamento, foi apontada como importante fator na estruturação de uma assistência humanizada tanto nos espaços intensivos quanto nos espaços de baixo risco (Mistraletti et al., 2021).

Segundo Carr et al. (2020) as “más mortes” são processos de óbitos que podem acrescentar um grau de dificuldade no processo de elaboração de luto familiar por potencializarem a angústia vivenciada no processo e impedirem as conversas no processo de fim de vida de resolução de assuntos pendentes e expressividade emocional, como relatado em um dos exemplos do recorte de fala anterior. A morte por COVID19 reúne vários dos fatores associados no que se configura a má morte: dificuldade respiratória, desconforto físico, isolamento em centros hospitalares, ocorrência do óbito em um contexto de UTI, falta de preparação para a morte e uso de dispositivos de ventilação mecânica. Identifica-se que alguns dos fatores característicos do processo da “má morte” foram identificados pela participante como um fator de risco na vivência da experiência traumática da perda familiar.

Segundo Lima (2020) a pandemia pelo novo coronavírus trouxe à tona questões jurídicas e filosóficas associadas à banalização e naturalização de “mortes espetáculo”, assim definidas pelas características dramáticas associadas ao seu processo, mostrando que os requisitos da banalização do mal, conceito criado por Hannah Arendt que descreve o efeito nocivo banalizado do mal quando amparado por instituições jurídicas e sociais, estão presentes. No presente artigo, Lima aponta as condutas governamentais de manejo da pandemia como o negacionismo, o escárnio com a doença e a situação extrema de escolher

quem iria para um leito de UTI, bem como o desabastecimento de oxigênio em alguns municípios, a concretização da banalização do mal. Sobre esta perspectiva filosófica, o mal não seria trivial porque não era importante, mas porque ocorria sem intenção, apontando que a existência de regimes totalitários produz pessoas incapazes de pensar por si mesmas e de compreenderem a imoralidade de suas ações, visto que suas ações estão respaldadas pela lei e apoiadas pelo regime vigente, o que produz um distanciamento nocivo de cada indivíduo sobre as consequências de suas decisões. Tais aspectos se fazem atuais quando se reflete filosoficamente a respeito da gestão e curso da pandemia no Brasil.

Ao afirmar que o mal não possui raízes profundas, Hanna Arendt aponta a origem irracional em que não há subjetividade e direcionamento da ação a uma pessoa específica, o que segundo Lima (2020), simboliza o contexto coletivo do estado de calamidade pública brasileiro; concluindo que a atual gestão brasileira da pandemia contém todos os elementos da banalização do mal e naturalização da morte por meio do negacionismo, escárnio, descompromisso político, negligência e criação de protocolos de priorização de atendimento na COVID-19 que produziu distanciamento emocional dos profissionais em relação às suas condutas clínicas.

A complexidade do luto coletivo advindo da pandemia, conforme apontado, evidencia a necessidade de intervenções com potenciais impactos terapêuticos sobre os participantes. Conforme relatado pelas participantes dessa pesquisa, alguns fatores terapêuticos foram identificados nos grupos conduzidos. A instilação de esperança, fator essencial em qualquer processo psicoterapêutico, tanto individual quanto em grupo, é importante para que o cliente siga investido no processo de melhora para que outros fatores terapêuticos possam ter efeito. Alguns estudos apontam uma correlação positiva entre a expectativa de resposta terapêutica eficiente e esperança de melhora do contexto associado ao sofrimento mental por parte do cliente e o resultado positivo percebido no fim do acompanhamento (Frank, 1991).

Yalom (2006) aponta a importância de que facilitadores de grupos potencializem a esperança por meio de ações que ressaltem a eficácia do grupo por meio de orientações pré-grupo coesas e consistentes, na qual o terapeuta reforce expectativas positivas e apresente explicações embasadas sobre as etapas, intervenções e propriedades terapêuticas do grupo. Ao longo dos encontros grupais, a instilação de esperança poderá ser reforçada ainda, pela percepção que cada participante possa vir a ter ao testemunharem a melhora dos pares, evolução que deverá ser constantemente reconhecida e sinalizada pelo terapeuta.

Segundo Fuchs (2018) o processo de luto implica no manejo constante e gradual da sensação de ambigüidade advinda da perda do ente querido, que envolve presença (lembranças, experiências, história de vida) e ausência (concretude da morte física), bem como ambigüidade em relação ao passado e ao presente/futuro; com rupturas entre a intercorporalidade e o mundo compartilhado difíceis de serem transpostas. Segundo o autor, esse processo de luto passará por uma reorganização identitária que envolverá novos direcionamentos de investimento emocional e energético, alterações de rotina, atribuições de sentido à perda, ou seja, um grande esforço de ordenamento de uma profunda mudança de vida. O manejo gradual dessa ambigüidade presença X ausência é um importante fator na elaboração do luto, podendo viabilizar o restabelecimento do relacionamento com o ente querido falecido em outro nível, em uma nova dinâmica relacional de harmonia com a realidade concreta da morte e a presença constante e inegável da existência e do simbolismo dessa vinculação (Dantas, 2020).

Apesar da complexidade de um processo como o do luto, alguns denominadores comuns ficam evidentes entre os membros de um grupo terapêutico que logo percebem as semelhanças compartilhadas entre suas vivências. Segundo Yalom (2006) muitas pessoas iniciam um processo de auto cuidado com a idéia de que seus sofrimentos são únicos, que os pensamentos e emoções difíceis de serem gerenciados são experiências individuais únicas e

inaceitáveis. É notório que cada indivíduo apresentará uma combinação de fatores pessoais e experienciais única, no entanto, após ouvirem relatos semelhantes às suas experiências pessoais em um grupo, os pacientes relatam se sentirem mais representados, validados e pertencentes à experiência humana e com um lugar no mundo reconhecido.

O isolamento social imposto pela pandemia pode ser visto como um fator de risco para o fortalecimento de um senso de singularidade exacerbada, o que, em um processo de sofrimento como o do luto, poderá dificultar sua vivência. Essa alteração na organização social somada à possíveis dificuldades interpessoais de resistência à relações com uma permissão para a intimidade profunda, poderá aumentar o nível de desesperança e sofrimento vivencial. A experiência do grupo pode promover a sensação de “contato com o mundo” após a escuta compartilhada de pensamentos e emoções semelhantes às experienciadas em seu contexto familiar, o que, invariavelmente, poderá promover uma aceitação compartilhada entre os membros de atos, pensamentos e emoções, até então, consideradas inaceitáveis (Yalom, 2006). Tal validação consensual encontra algumas limitações na terapia individual em função da sua característica particularizada de acompanhamento.

Grupos homogêneos como o “Vínculos e Reflexões”, que trabalham com participantes que possuam uma identificação prévia de demanda principal a ser trabalhada, favorece um espaço onde os membros podem falar entre si e sobre si com uma poderosa autenticidade advinda da experiência corrente, habilidade que não poderá ser desempenhada pelo facilitador do grupo, por exemplo. A estas figuras caberá a atribuição de ultrapassar o foco em diferenças culturais concretas que poderão ocorrer em grupos com diversidade cultural múltipla, favorecendo respostas transculturais por meio da identificação de fatores comuns e universalmente humanas em situações desafiadoras da vida (Yalom, 2006); facilitação essa, favorecida no grupo “Vínculos e Reflexões” conforme sinalizado pela

participante P4 quando aponta a diversidade regional entre as participantes do grupo e a universalização das estratégias de enfrentamento nos processos de luto compartilhados.

É comum que ao final de um grupo as participantes percebam um aprendizado significativo sobre os processos emocionais, adoecimento, relações interpessoais, processo de trabalho de grupo e processo psicoterapêutico; estando o processo educacional circunscrito durante toda a existência do grupo. Um ambiente que favoreça a aprendizagem múltipla é essencial na condução de um grupo, no entanto, espera-se que tal fator terapêutico ocorra por meio da colaboração e parceria ao invés da prescrição e subordinação (Yalom, 2006).

A literatura de grupos encontra registros de várias experiências especializadas para indivíduos que tenham demandas específicas ou que enfrentam alguma crise significativa de vida como um processo de luto, crise de pânico, depressão, tratamento oncológico, HIV, situações de violência, sofrimento no trabalho, dentre outras (Yalom & Vinogradov, 1998).

Segundo (Yalom, 2006) as facilitadoras de grupos com a temática específica do luto podem oferecer informações sobre o ciclo natural dessa vivência, para ajudarem as participantes a perceberem que há um encadeamento lógico nas emoções e pensamentos comuns a esse momento de vida, e que tal experiência irá se transformando gradativamente em uma elaboração em que a vida fique mais possível de ser vivida, o que é identificado como uma instrução didática bem vinda à intervenção grupal, que fora identificada pela P1 no recorte de fala apresentado nesta subcategoria.

Ao contrário da instrução didática explícita da facilitadora do grupo, o aconselhamento direto dos membros ocorre sem exceção nos grupos psicoterapêuticos, que também serve a um propósito de potencial promotor de novas habilidades de enfrentamento entre os membros bem como percepção de ser cuidado e visto no grupo. Fica evidente em

alguns recortes de fala apresentados nesta subcategoria de conteúdo a ocorrência desse fator terapêutico no grupo “Vínculos e Reflexões”.

A percepção compartilhada pela participante P4 no recorte de fala sobre a percepção da construção de um vínculo de confiança entre facilitadoras e participantes, é um importante fator apontado por Bowlby na teoria de vínculos afetivos, que mostrou como terapeutas e conselheiros podem fornecer uma base segura dentro da relação terapêutica, de modo a favorecer o processo de desenvolvimento emocional e amadurecimento do indivíduo (Bowlby, 1988).

Outro importante fator de risco característico à pandemia é a necessidade de isolamento social, que acaba por limitar estratégias de enfrentamento importantes na proteção da saúde mental (e.g: contato com a rede de apoio, prática de exercício, contato com a natureza, variabilidade ambiental, distração mental, acesso à cultura, diversificação de atividades de vida para além do contexto doméstico e laboral), aumento da sensação de solidão e perda de contato com circulações relevantes (Plefferbaum & North, 2020).

Segundo Aquino e Sei (2020) o desenvolvimento de técnicas de socialização por meio da aprendizagem social é um fator terapêutico existente em quase todos os grupos, embora a natureza das características ensinadas possa variar muito de um grupo para outro. Tais ganhos extrapolam a simples aquisição de uma nova habilidade como benefício extra, sendo, em grande parte dos casos, instrumentos importantes na fase inicial de mudança terapêutica.

Yalom (2006) aponta que algumas das habilidades sociais adquiridas por participantes de grupos diversos apresentam características sofisticadas como uma capacidade de sintonizar-se com o processo de vida ao qual esteja vivenciando, respostas utilitárias, habilidade para resolução de conflitos, redução da tendência ao julgamento, aperfeiçoamento

da habilidade empática; constituindo uma importante base de inteligência emocional de potencial auxílio em interações sociais futuras.

O trabalho em grupo apresenta uma característica diferenciada em relação ao trabalho terapêutico individual por oferecer um processo de imitação mais difuso onde os participantes podem modelar-se a partir de aspectos de outros membros do grupo, bem como da facilitadora. Torna-se comum o processo de aprendizagem por observação da forma com que os outros membros do grupo lidam com seus problemas especialmente em grupos homogêneos que concentram seu foco de trabalho em questões específicas e compartilhadas entre os membros.

Neste item, cabe pontuar a contribuição relevante de Bandura (1969) que demonstrou experimentalmente a força terapêutica que a aprendizagem por imitação pode gerar, ampliando o conceito de aprendizagem social para além da explicação do reforço direto. Não é incomum, portanto, que em intervenções grupais os membros se beneficiem pela observação despretensiosa do processo terapêutico de outro membro que tenha uma experiência semelhante, fenômeno também nomeado como terapia vicária ou por expectador (Yalom, 2006).

Segundo Yalom (2006) a aprendizagem interpessoal é um fator terapêutico amplo e complexo, envolvendo três premissas básicas na leitura do funcionamento do grupo: reconhecimento da importância dos relacionamentos interpessoais; validação da experiência emocional corretiva; e reconhecimento do grupo como um microcosmo social.

Dentro do contexto terapêutico grupal o microcosmo social organizativo evolui como uma representação menor do contexto social de cada participante do grupo. Desse modo, cada membro consegue, por meio dos feedbacks recebidos, da auto-reflexão e da auto observação; reconhecer os impactos e efeitos de seu padrão comportamental e emoções sobre

sua realidade. Fica em evidência seus pontos fortes, suas fragilidades, as distorções interpessoais e desadaptativas que poderá evocar respostas indesejadas nos outros e favorecer a manutenção do contexto de sofrimento em que se encontra.

Dessa forma, a experimentação gradual de novas maneiras de estar no mundo e se relacionar, bem como o vislumbre de diversas estratégias de enfrentamento possíveis apresentadas pelos outros membros, poderá ser viabilizada pela vivência desse fator terapêutico grupal.

A dimensão relacional desempenha um importante papel nas intervenções grupais, tal qual em intervenções individuais. Contudo, diferente da terapia individual onde o relacionamento se restringe ao paciente e terapeuta, nas intervenções grupais a relação se apresenta de forma mais ampla e complexa por envolver o relacionamento do participante com o facilitador, do participante com cada membro do grupo e do participante com o grupo como um todo. A fim de evitar confusões conceituais, Yalom (2009) cunhou o termo coesão grupal para se referir a todos esses relacionamentos existentes no grupo. Um relacionamento terapêutico envolvido e coeso faz-se necessário em todos os processos de intervenção em saúde mental, de modo que, os membros de um grupo coeso sentem-se confortados e pertencentes ao grupo, conseguem manifestar afeto, apreço, valorização e amparo mútuo.

Todavia, os grupos poderão diferir na qualidade desse agrupamento percebido. Aqueles com um sentido maior de solidariedade tendem a valorizar mais o grupo e estão mais propensos a defendê-lo de ameaças internas e externas. Nesses casos, observa-se uma maior taxa de presença, adesão, participação e compartilhamento mútuo de apoio em relação a grupos com menos espírito de solidariedade (Aquino & Sei, 2020).

Importante ressaltar que cada membro do grupo irá desenvolver uma relação diferente com o grupo, e que a coesão não é rígida, mas sim flexível e alterável ao longo do

desenvolvimento da intervenção grupal. Desse modo, a coesão grupal não é uma força terapêutica por si só, mas sim uma condição facilitadora para que outros fatores terapêuticos grupais se estabeleçam e funcionem dentro do grupo.

Segundo Yalom (2006) a catarse é um importante fator terapêutico em processos grupais ou individuais, alertando para o aproveitamento que membros de grupo que conseguem ter um movimento de catarse e uma elaboração cognitiva sobre tal expressão, podem ter no processo grupal. Esta capacidade de refletir sobre a própria experiência emocional é um componente fundamental para o processo de mudança humano.

Segunda Dantas (2020) é importante que o processo de luto passe pelo reconhecimento e contemplação de uma realidade de vida que fora profunda e irrevogavelmente alterada, não havendo possibilidade de elaboração do luto sem reconhecimento da morte, sem a aliança com a realidade apontada por Freud em “Luto e melancolia” (Freud, 1915). Esse processo é facilitado pelos ritos de passagem estimulados em diferentes práticas culturais (velórios, cortejos, sepultamentos, missas, epitáfios), que desempenham essa função inicial de confirmação e concretização dessa nova realidade.

Segundo Walter e Bailey (2020) os rituais de passagem fortalecem as vinculações comunitárias e sociais por meio do compartilhamento do sofrimento, e são fundamentais na assimilação coletiva da morte que viabiliza o seguimento da vida na atual realidade. Segundo Dantas (2020) a pandemia pelo novo coronavírus impôs uma mudança na forma tradicional com que os rituais de despedida eram conduzidos (contato com o corpo, reunião coletiva no sepultamento, encontros grupais em espaços religiosos) para dar lugar às limitações impostas pelas medidas sanitárias de proibição de velórios e até mesmo invisibilização dos corpos, denotando limitações significativas nos rituais de despedida. Foi percebido por algumas facilitadoras a recorrência de queixas de familiares sobre o impacto da proibição da realização dos rituais de despedida sobre o processo de elaboração do luto, inclusive com

sensação de irreabilidade do ocorrido pelas limitações de contato com o corpo e prática de enterro com caixões lacrados.

Dada a natureza de desenvolvimento da doença e necessidade de seguimento de medidas sanitárias de cuidado, muitos familiares viram-se privados da oportunidade de estarem próximos do seu ente querido no fim de vida, impossibilitados de acessarem a oportunidade de exercício direto do perdão, resolução de conflitos, gratidão e demonstração de afeto que essa fase propicia, como aponta Arantes (2016).

Segundo Morris et al (2020) a impossibilidade da despedida é um dos fatores de risco para processos de luto complicado. A literatura oncológica psicossocial cunhou o termo do luto antecipatório que diz desse preparo prévio para a morte de um ente querido, o início de uma elaboração ainda em vida, que permite a antecipação do familiar do processo de despedida e preparo emocional para manejo de conteúdos difíceis que possam emergir com a experiência da perda, bem como resolução de “assuntos pendentes” (Herbert et al., 2006).

Após a perda de uma pessoa que ocupava um lugar de referência na vida há uma ruptura entre as expectativas de como a vida deveria fluir e a realidade intransponível da morte, o que é experienciado como uma perda de sentido. Estudos recentes apontam para a importância de trabalhos terapêuticos que ajudem as pessoas enlutadas a descobrirem novos sentidos na medida em que reconstruam novos significados na forma com que enxergam o mundo (Neimeyer, 2000; 2001), apontado como um movimento de mudança de narrativa sobre a própria vida. Essa congruência entre o mundo presumido e o mundo encontrado no contato com a realidade é um potencial fator protetivo por intensificar a consciência da direção, propósito e sentido de vida.

Yalom (2006) descreve nos fatores existenciais diversas questões, sendo elas: responsabilidade, contingências, aspectos existenciais intransponíveis, o reconhecimento de

nossa mortalidade e as conseqüências para a condução de nossas vidas. Todos esses fatores encontram-se relacionados com a contemplação na nossa condição básica de humanos na existência, condição que constantemente é alertada por fatores existenciais difíceis da vida: a mortalidade, a falta de liberdade, a auto responsabilidade na escolha e construção dos próprios caminhos de vida, a busca de sentido de vida, e a constatação da multiplicidade e/ou falta de um sentido intrínseco.

Durante os encontros de uma intervenção grupal os participantes ganham por darem, e não apenas por receberem ajuda, mas também por se beneficiarem positivamente de um efeito intrínseco ao ato da doação (Yalom, 2006). Os recortes de fala apresentados nesta subcategoria apontam esse potencial efeito terapêutico do altruísmo, com participantes, que, mesmo em circunstâncias de extrema vulnerabilidade emocional conseguem mobilizar recursos de ajuda e oferta de cuidado ao outro.

Interessante identificar o atravessamento cultural que pode estar associado às percepções de aceitação do processo de luto apontadas pelas participantes da pesquisa, quando nomeiam aspectos da variabilidade da percepção de passagem de tempo, culpa e etapas de aceitação. Nesse sentido, cabe pontuar que cada cultura abrange diversas representações simbólicas do processo de morrer (Basso & Wainer, 2011). Atualmente, é notória a percepção ainda predominante de morte como um tabu, cercada por mistérios, crenças, e frequentes negações sobre esse tema associada a uma dificuldade a lidar com a finitude, o que torna mais desafiadora a aceitação do encerramento do ciclo de vida (Barbosa, 2006).

Segundo Lisboa e Crepaldi (2003), alguns fatores como o vínculo afetivo existente entre a pessoa enlutada e o ente querido falecido, motivo do óbito, o tipo de morte (abrupta ou anunciada), são determinantes essenciais na aceitação e elaboração do processo dessa

perda. A dimensão da aceitação no processo de luto é evidenciada, inclusive, nos estudos basilares de Elizabeth Kubler-Ross, sendo considerada um estágio de reação à perda onde a pessoa enlutada encontra-se mais serena em relação ao seu processo de luto, com maior clareza na expressividade emocional (Kubler-Ross, 2005).

Sobre a perspectiva dos estudos sobre a dinâmica de formação e rompimento dos vínculos afetivos de John Bowlby, a aceitação é descrita na fase de reorganização do processo de luto. Após a vivência de inundação emocional pós perda que poderá envolver raiva, choque, tristeza, sofrimento emocional intenso, percebe-se uma habilidade humana de restabelecimento emocional onde, embora a saudade se faça presente e ainda demanda um nível de adaptação significativo às modificações causadas pela perda, a pessoa enlutada conseguirá retornar gradativamente suas atividades e rotinas de vida a despeito da falta. Bowlby nomeou quatro fases do luto, sendo elas: 1) entorpecimento, 2) anseio, 3) desorganização e 4) reorganização (Bowlby, 1990).

Outra fala recorrente foi o sentimento de culpa durante o processo de luto. O óbito por covid19 acrescenta uma particularidade nessa vivência por ser uma doença associada ao aumento da infecção por contato com terceiros, o que potencializou a ocorrência de culpa pelo medo de ter infectado o ente querido falecido ou culpabilização da gestão pública por negligência ou manejo inadequado da pandemia. Segundo Carr (2019) o processo de luto por si só já é permeado por sentimentos de culpa, associados a atitudes tomadas ou não tomadas em vida, conflitos vivenciados, expressividade afetiva insuficiente, dentre outros questionamentos possíveis. Freud (1915) aponta a extrapolação do sentimento de culpa no luto para a contemplação da ambivalência existente em todas as relações amorosas de sentimento de hostilidade.

A intensificação do sentimento de culpa, raiva e injustiça dificultam a elaboração do luto e são fatores de risco significativos para o desenvolvimento de um luto complicado (Morris et al, 2020).

Segundo Dantas (2020) o conflito de narrativas envolvendo a pandemia no Brasil é outro fator influente sobre o processo de luto pela covid19. A polarização político-ideológica resultou em uma inconsistência de orientações de cuidado e confusão acerca do manejo mais adequado nesse contexto.

Acompanhando a popularização do acesso global aos computadores e à internet, algumas intervenções terapêuticas online tem sido experimentadas e apontam resultados promissores entre pessoas que sofrem de depressão e/ou ansiedade (Proudfoot et al., 2004) e transtorno de luto persistente (Wagner et al., 2006), todos quadros comuns de acontecerem durante o processo de luto. Parkes (2010) aponta para a perspectiva de que tais intervenções na modalidade online fiquem cada vez mais populares e recorrentes como um recurso de cuidado e tratamento em saúde mental.

Os recortes de fala endossam os estudos citados, tendo em vista a percepção de efetividade e consistência da intervenção grupal avaliada que fora realizada remotamente em todas as suas edições.

4.2.4 Percepção Cuidados Paliativos

Essa categoria descreve a percepção das participantes sobre a correlação entre cuidados paliativos e o trabalho com o luto. Foram adscritas cinco subcategorias dentro desta temática consideradas relevantes para a discussão dos achados em entrevista, conforme apresentado na tabela 6:

Tabela 6

Categorias e subcategorias de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Percepção Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Linha de cuidado - Insuficiência dos serviços - Qualidade de vida - Morte como tabu - Cuidados paliativos e trabalho em grupo

4.2.4.1 Linha de Cuidado

Essa subcategoria descreve a percepção das participantes acerca dos cuidados paliativos como um continuum de atenção à saúde dentro de uma linha de cuidado. As participantes P1, P3, P4 e P5 pontuaram:

Porque é uma intervenção com foco no luto de familiares. Então ele faz parte da linha de cuidados de cuidado paliativos então esse grupo faz total sentido, né? (...)

Desde aquele paciente que está na UTI que já está em restrição de medidas invasivas, que já não tem mais indicação de intervenções terapêuticas ou outras medidas curativas, esta é apenas uma das etapas dos cuidados paliativos, não é a última etapa. A pessoa foi a óbito a gente não terminou os cuidados paliativos, aquela família precisa acessar o serviço de luto, né, o que é ainda muito raro. (P1)

E os cuidados paliativos eles não aplicam só à pessoa ali, né, que tá doente, que tá vivendo aquela situação, mas também os familiares e os cuidadores. (P3)

Quer saber de uma coisa? Pra ninguém dizer que a gente está exercendo ilegalmente a profissão, a gente vai fazer o PTS (projeto terapêutico singular), né, a discussão dos casos, e a gente vai fazer a proposta com o olhar do paliativista da historia, pra gente não ficar impotente nessa situação. Igual aqui no hospital, no caso dos grupos eu fiquei pensando, assim, em redução de danos, um apoio que faça com que as pessoas

entendam que é normal elas ficarem tristes e chateadas e que elas podem ter dias melhores e dias piores. (P4)

Apesar da gente estar trabalhando o luto a gente estava falando de vida o tempo todo, né, de vitalidade, de possibilidades, dos relacionamentos, né, dos que passaram e dos que estavam ainda aqui. (P4)

A gente recebe nos cuidados paliativos os cuidadores. Eu imagino que o grupo seria um suporte bom, interessante. Porque as pessoas saem feridas, né, emocionalmente, e não encontram muito esse espaço de acolhimento. (P5)

4.2.4.2 Insuficiência dos Serviços

Essa subcategoria descreve a percepção de carência de serviços de saúde voltados para a atuação, treinamento e formação em Cuidados Paliativos. As participantes P1 e P2 pontuaram:

É uma pena que não seja um serviço tão difundido e tão disseminado em todas as instituições de saúde, eu penso que todo o Hospital Regional, todo hospital que tá inserido em um nível de atenção secundário e terciário deveria ter um grupo de luto, porque o adoecimento que vem de processos de elaboração gigantescos, isso gera um impacto muito grande de saúde mesmo. Isso gera um impacto, por exemplo, de maior demanda de atendimentos, de maior gasto inclusive pro sistema de saúde. (P1)

Existe pouquíssimo conhecimento sobre o que são cuidados paliativos, então um grupo onde pudesse ser possível trazer uma educação sobre isso, pudesse ser possível que as pessoas expressassem também o quê que elas sentem sobre isso, seria algo bastante útil e importante para quem vivencia esse momento, acredito que pode trazer resultados muito bons. (P2)

4.2.4.5 Qualidade de Vida

Essa subcategoria descreve a associação entre cuidados paliativos e o domínio “qualidade de vida”, conforme verbalizado no recorte de fala da participante P3:

Para mim cuidados paliativos significa você cuidar, você acolher, você melhorar a qualidade de vida, e este grupo possibilitou isso. (P3)

4.2.4.4 Morte como Tabu

Essa subcategoria descreve a percepção da temática da morte como tabu na sociedade. A participante P2 pontuou:

Tanto o luto quanto cuidados paliativos passa por algo que é muito tabu na nossa sociedade que é falar sobre a morte. E é tabu, não se fala sobre isso, a gente afasta isso o máximo possível do nosso contexto, nosso cotidiano. Mas que é algo real e quando a gente não fala sobre, a gente não se prepara sobre isso quando acontece. É uma situação de morte que não seja de morte mas que perpassa pela morte, né, ou algo assim, é muito impactante. Traz algo que gente não se tocava como realidade, de repente é real e a gente precisa encarar, então cuidados paliativos também é um tema que acaba que se fala muito pouco. (P2)

4.2.4.6 Cuidados Paliativos e Trabalho em Grupo

Essa subcategoria descreve a percepção das participantes sobre o trabalho grupal em cuidados paliativos. As participantes P1, P3 e P5 pontuaram:

Então você ter um grupo já estruturado nesse serviços onde geralmente tem mais casos de óbito, em hospitais por exemplo, em UBS também seria essencial. Então a família que perdeu um ente querido já referencia pra UBS de referência ali, para

aquele grupo de luto que é permanente, que existe naquele serviço, pra gente ir trabalhando preventivamente, isso faz parte dos cuidados paliativos. (P1)

Esse grupo, ele é inovador por isso, né? Eu acho que essa não foi a proposta da criação do grupo, né, não tinha essa pretensão, mas o grupo é tão grandioso naquilo que ele oferece, que ele atende a essas exigências dos cuidados paliativos, por exemplo, mesmo sem ter essa pretensão. Essa é a beleza desse grupo, que é de produzir muitos, muito mais frutos do que ele se propôs inicialmente. Então é isso, eu acho que tem tudo a ver com cuidados paliativos. (P1)

Então eu acho que é uma ferramenta bastante importante inclusive para paralelamente ao cuidado de alguma pessoa que tá vivendo aquela situação, né, de ameaça à vida do paciente, alguém assim usuário dos cuidados paliativos, você paralelamente pode também realizar grupos com familiares. E nos mais diferentes objetivos, né, de compreensão dessas mudanças que possam estar ocorrendo, dos problemas que aquela pessoa com o seu familiar tá vivenciando, e também no grupo, né? Até no momento da eventual morte da pessoa. Então eu vejo que é uma ferramenta que pode ser muito utilizada pelos profissionais que trabalham com cuidados paliativos. (P3)

Eu acho que seria uma prevenção ter grupos assim (...) sabendo que o grupo tem um potencial enorme né? (P5)

A despeito da orientação de organização dos cuidados paliativos dentro de uma linha de cuidado que abranja todos os níveis de atenção com ênfase na atenção básica em integração com os serviços especializados (Ministério da Saúde, 2018), apenas uma participante considerou a intervenção grupal como possível ação planejada dentro da assistência em cuidados paliativos.

Identifica-se no recorte de algumas falas das participantes o vislumbre dos cuidados paliativos organizado à luz dos cuidados integrados no Sistema Único de Saúde (SUS), quando mencionam a extrapolação dessa assistência do contexto de UTI e a consideração de outros papéis envolvidos no processo de cuidado como o de familiares e cuidadores; no entanto, identifica-se a necessidade de uma maior elaboração e articulação dessa assistência com as leituras da realidade prática profissional.

Em uma resolução atual que dispõe sobre o trabalho em cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2018) orienta-se que toda pessoa afetada por um problema de saúde crônico ou agudo que ameace a vida será elegível para cuidados paliativos a partir do diagnóstico, o que justifica a consideração de um planejamento de cuidado dentro desta lógica de atenção todas as pessoas infectadas pela COVID-19. Dentro desta perspectiva, os cuidados paliativos terão como objetivos: 1) integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde; 2) promover a melhora da qualidade de vida de paciente e familiares; 3) incentivar o trabalho multidisciplinar; 4) viabilizar a instituição de disciplinas de cuidados paliativos nos cursos de graduação em saúde; 5) ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; 6) promover a disseminação de cuidados paliativos na sociedade; 7) ofertar medicamentos que promovam o alívio de dor e o controle de sintomas dos pacientes, bem como alívio do sofrimento psicossocial, espiritual e existencial, incluindo o cuidado apropriado para familiares e cuidadores; 8) promover o desenvolvimento de uma atenção humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo, abrangendo toda a linha de cuidado .

Neste cenário a organização dos cuidados paliativos algumas das falas apresentadas pelas participantes nesta subcategoria contemplam parte dos objetivos da organização dos cuidados paliativos, tais como: a afirmação da vida e aceitação da morte como um processo

natural; a integração dos aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; e a oferta de apoio para a família que irá lidar com o curso da doença do paciente e o luto.

Segundo Bolliget al. (2021) há uma negligência global dos sistemas de saúde públicos em relação à oferta de cursos e educação continuada sobre cuidados paliativos. Esse foi um dos pontos de carência dos sistemas de saúde públicos que a pandemia pelo novo coronavírus evidenciou, apontando a necessidade urgente de uma educação sobre o fim de vida, bem como ampliação e naturalização da finitude associado a um crescente interesse e necessidade de se falar sobre a morte e o morrer.

Uma pesquisa dinamarquesa (Bolliget al., 2021) avaliou a efetividade e relevância de um curso online sobre cuidados paliativos ofertado no contexto da pandemia. Os módulos do curso contemplavam as grandes áreas correlatas aos cuidados paliativos: cuidado no fim de vida, planejamento de cuidado avançado e tomada de decisão, manejo de sintomas, aspectos culturais da morte e da finitude. Interessante identificar que, a despeito da variabilidade cultural importante quando comparada a realidade dinamarquesa com a brasileira, o curso avaliado na pesquisa referenciada, apresenta tópicos semelhantes ao curso de formação do grupo “Vínculos e Reflexões”, sendo eles: o processo de despedida e rituais de fim de vida, funerais e várias formas de enterro, o luto é normal, o luto e as formas de luto. Nesse sentido, a área dos cuidados paliativos deveria ser um assunto disponível e acessado por todas as pessoas, mas o desconhecimento acerca da morte e dos cuidados de fim de vida ainda é mais comum na realidade da grande maioria das pessoas (McIlfatrick et al., 2013).

Apesar das orientações oficiais de estabelecimento do foco na qualidade de vida como um dos principais objetivos do trabalho em cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2018; OMS, 2014), apenas uma participante mencionou esta dimensão do cuidado associado aos cuidados paliativos e/ou ao grupo “Vínculos e Reflexões”.

A dimensão da qualidade de vida se refere à perspectiva subjetiva do indivíduo acerca das suas condições de vida diante considerando-se a realidade do adoecimento, quando presente, as consequências e os tratamentos referentes a ela, bem como a ponderação dos impactos que a enfermidade poderá afetar e sua vida (Figueiredo, 2018; Freire, 2018). Há uma correlação recorrente entre a dimensão da qualidade de vida e funcionalidade, que diz sobre a capacidade do indivíduo em desempenhar as atividades e funções da rotina de vida, que contempla múltiplas habilidades físicas e pessoais, englobando todas as funções do corpo, atividades e participação interativa (Andrade, 2017; Silva, 2020). Desse modo, a avaliação da qualidade de vida e funcionalidade são indicadores de saúde importantes no cuidado ofertado pelas equipes de saúde que se propõem uma abordagem mais humana e abrangente (Santana et al, 2022).

Em um estudo recente que objetivou avaliar a percepção de qualidade de vida de pacientes oncológicos por meio do questionário EORTC QLQ C30 (Santana et al, 2022) identificou-se elevados escores na percepção da qualidade de vida entre pacientes que encontravam-se sobre um planejamento de cuidado na perspectiva dos cuidados paliativos.

Sobre esta perspectiva, os cuidados paliativos se inscrevem em uma perspectiva de cuidado que considere e priorize o bem estar de cada indivíduo e do seu microssistema, integrando aspectos psicológicos e espirituais no seu planejamento terapêutico singular, que ofereça ao paciente e rede afetiva um suporte que o possibilite viver tão ativamente quanto possível; bem como, a consideração da continuidade de um serviço de auxílio aos familiares durante o adoecimento e em uma possível fase de luto (Almeida, 2020; Bittencourt et al, 2021; Brito, 2017).

Em um estudo realizado com uma turma de formação em cuidados paliativos (Bolliget al., 2020) identificou-se que a maioria dos participantes gostava de falar sobre

temáticas tabu como morte, morrer e naturalização dos cuidados paliativos em diferentes espaços de cuidado, o que vai de encontro com uma das categorias identificadas no presente estudo, o que aponta a relevância da formalização e multiplicação de cursos sobre a temática de cuidados paliativos como uma importante ferramenta de mudança social na aceitabilidade e naturalização de um tema que ainda é percebido como tabu.

Sobre a perspectiva da consideração dos atores familiares no planejamento dos cuidados paliativos, tendo em vista a posição de risco em que se encontram em função do acompanhamento e vivência de adoecimento do ente querido, o trabalho em grupo é visto como uma possibilidade interventiva nesta linha de cuidado, especialmente quando em um processo de luto que deve ser acompanhado de forma precoce e especializada pelas equipes, a fim de favorecer a vivência e conclusão do luto de uma forma construtiva para a família (Sousa, 2019).

Em uma pesquisa portuguesa sobre uma intervenção no processo de luto por uma equipe de cuidados paliativos a intervenção grupal pretendia incidir em todos os níveis de impacto do luto, com foco sobre a promoção da expressividade emocional, autoconhecimento, validação das vivências, minimização da solidão, apoio dos pares e resgate da esperança; com padrão de flexibilização no planejamento interventivo a fim de atender às necessidades dos familiares enlutados (Sousa, 2019). Identificou-se nessa experiência de cuidado a percepção de apoio à experiência de perda através da partilha de vivências de ajuda mútua entre familiares em processo de luto, a narração das histórias familiares, compartilhamento da relação com o ente querido e a expressão da experiência de perda. A tendência à narrativa constante das histórias e necessidade de compartilhamento de algumas experiências foi um aspecto identificado neste grupo que conversa com a proposta do grupo “Vínculos e Reflexões”.

Desse modo, o trabalho grupal em cuidados paliativos, especificamente de apoio ao luto, pode ser considerado como uma possibilidade de intervenção preventiva do luto complicado tendo em vista a redução do risco de problemas de saúde mental, além do fortalecimento e expansão da rede de apoio social (Näppä et al., 2016), redução do isolamento e do risco de suicídio (Kristensen et al., 2012).

4.4 Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Processo de Luto

Por meio desta Revisão Integrativa da Literatura foi possível ter acesso a um total de 264 artigos, sendo dois da Scielo, 36 da BVS Saúde, um da LILACS, 38 da PubMed e 187 da Capes.

Com base no manual de critérios de inclusão e exclusão os artigos foram analisados individualmente (título e resumo) pelo aplicativo *mendeley*, e todos receberam o selo e descrição de justificativa da inclusão ou exclusão. Dois pesquisadores realizaram individualmente essa etapa em dias diferentes, mas em um intervalo de tempo previamente definido.

As justificativas de exclusão dos artigos foram por não seguirem um ou mais dos seguintes critérios: ano de publicação superior ao intervalo de interesse; formato inadequado (editorial, artigo de opinião ou manual técnico); não contemplar um dos temas de interesse (cuidados paliativos, pandemia, luto). Todos os artigos que geraram dúvidas em um dos pesquisadores acerca dos critérios de inclusão foram checados em todo o seu texto para posterior discussão entre os três pesquisadores do grupo.

Entre os artigos excluídos por não contemplarem os três temas de interesse da revisão (cuidados paliativos, pandemia e luto) foram identificados blocos temáticos recorrentes, que

representam relevantes eixos temáticos correlacionados com os temas pesquisados, sendo eles:

- 1) Profissionais de saúde na pandemia da COVID-19 (Fernández-Castillo et al., 2021; Harasym et al., 2021; Aughterson et al., 2021; Mitchinson et al., 2021; Hofmeyer & Taylor, 2021; Alharbi et al., 2020; Mubarak et al., 2021; Digby et al., 2021; Gorbenko et al., 2021; H. Rao et al., 2021);
- 2) Necessidade de ajuste da rotina de trabalho (Peterson et al., 2020; Anantham et al., 2020; Bloomer & Walshe, 2021; Pearce et al., 2021);
- 3) Fatores de proteção durante na pandemia (Roman et al., 2020; Pfeiffer et al., 2021; Luiz et al., 2020);
- 4) Fatores de risco na pandemia (Breen et al., 2021; Cardoso et al., 2020);
- 5) Isolamento e restrição de visitas hospitalares (Munshi et al., 2021; Wang et al., 2020; Rose et al., 2020; Nelson-Becker & Victor, 2020; Katz et al., 2021; Tay et al., 2021; Downar & Kekewich, 2021; Mistraletti et al., 2021; Endomba et al., 2020; Selman, Chamberlain, et al., 2021);
- 6) Uso de tecnologias na saúde (Mukhopadhyay & Banerjee, 2021; Orr et al., 2021; Sansom-Daly & Bradford, 2020; Kruse et al., 2020; Biswas et al., 2020; Hanna et al., 2021; Bollig et al., 2021; Collini et al., 2021; Menichetti Delor et al., 2021);
- 7) Cuidados paliativos na pandemia (Coast et al., 2021; Jeitziner et al., 2021; Davies & Hayes, 2020; Butt, 2021; Kates, Gerolamo, & Pogorzelska-Maziarz, 2021; Selman, Sowden, et al., 2021; Lowe et al., 2021; Pruthi & Chanana, 2020; Damani et al., 2020; Kates, Gerolamo, Shang, et al., 2021; Pai et al., 2020; Daniel et al., 2020; Franchini et al., 2021; Ofosu-Poku et al., 2020; A. Rao et al., 2021; Dhavale et al., 2020; Lin et al., 2021; Hirakawa et al., 2021; Bone et al., 2020);

- 8) Luto dos profissionais (Nyatanga, 2021; McCallum et al., 2021; Johns et al., 2020; Rabow et al., 2021; Lázaro-Pérez et al., 2020);
- 9) Câncer no contexto pandêmico (Singh et al., 2020; Hofman et al., 2021; Philipp et al., 2021; DeBoer et al., 2021; Patterson et al., 2021; Ballal et al., 2020; Kahn & Andrews, 2020; Ham et al., 2021; Helton et al., 2020; Mishra et al., 2020);
- 10) Cuidados paliativos e HIV (Wild et al., 2013; Arku & Luginaah, 2015; Nduwimana et al., 2017; Skovdal et al., 2011; Alexander MD, FAAHPM et al., 2015; Bam & Naidoo, 2014; Makhele & Mulaudzi, 2012);
- 11) Cuidados paliativos e ebola (Paladino et al., 2017; Nouvet et al., 2021);
- 12) Cuidados paliativos e doença renal doença renal (Santos et al., 2020b; Santos et al., 2020a).

Após o descarte dos artigos repetidos entre as seis bases de dados e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 24 artigos (Tabela 7) a serem analisados com base na pergunta norteadora desta revisão.

A Tabela 7 aponta, em linhas gerais, dados que caracterizam cada artigo, como título, autores, país de origem e método empregado. Os objetivos dos artigos estão apresentados na Tabela 8, seguindo a mesma ordem numérica da tabela anterior, já os resultados e as devidas considerações finais encontram-se na Tabela 9.

Na intenção de sintetizar dados que versam os artigos encontrados, é possível identificar nove artigos publicados nos Estados Unidos, cinco no Reino Unido, três no Brasil, dois no Canadá e um em cada um dos respectivos países: Itália, Portugal, Espanha, Austrália e Suíça. Quanto à língua utilizada nos artigos, notou-se uma dominância da língua inglesa, uma vez que dentre 24 produções, apenas três foram em língua portuguesa e uma em espanhol.

Quanto aos métodos empregados (Tabela 7), pode-se notar que dos 24 artigos revisados, cinco não apresentaram os métodos para sua realização. Com relação aos que apresentaram, verificou-se que doze apresentaram-se como estudos qualitativos, três como estudos descritivos, três como revisões de literatura e, por fim, um como pesquisa transversal.

Outra questão a se destacar nos resultados levantados foi a ausência, em grande parte dos artigos, de uma definição nítida quanto ao ambiente que o cuidado paliativo focava, mas é importante reiterar que isso não se aplica a todos. Um exemplo de artigo que não deixou essa variável subentendida, trata-se do número nove (Tabela 7), que apresentou um lar de cuidados para idosos como ambiente protagonista dos cuidados paliativos.

Tabela 7

Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº	Título	Autores	País	Método
1	A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic	Jeffrey et al.	Reino Unido	Estudo qualitativo com uso de entrevistas semi-estruturadas em um hospital.
2	Are public health measures and individualised care compatible in the face of a pandemic? A national observational study of bereaved relatives' experiences during the COVID-19 pandemic	Catriona et al.	Reino Unido	Pesquisa online com uso de questionário online validado. As perguntas avaliavam familiares enlutados.
3	Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist	Harasym et al.	Canadá	Estudo qualitativo com uso de entrevistas em um hospital.

palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives

- | | | | | |
|----|---|------------------|----------------|---|
| 4 | Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians | Selman et al. | Reino Unido | Estudo qualitativo utilizando entrevistas com profissionais da saúde em um hospital. |
| 5 | Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient | Morris et al. | Estados Unidos | Estudo qualitativo com familiares enlutados durante a pandemia, realizado em um hospital. |
| 6 | Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era—The Experience of a Palliative Care Team in Portugal | Carvalho et al. | Portugal | Estudo qualitativo |
| 7 | COVID-19: Implications for Advanced Care Planning and End-of-life Care | Reja & Naik | Estados Unidos | O método não é citado no artigo. |
| 8 | Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições | Florêncio et al. | Brasil | Revisão da literatura em oito bases de dados. |
| 9 | Dying well in nursing homes during COVID-19 and beyond: The need for a relational and familial ethic | Parks & Howard | Estados Unidos | Estudo qualitativo em um lar de idosos. |
| 10 | End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic | Natalie Pattison | Reino Unido | O método não é citado no artigo. |
| 11 | Grief During the COVID-19 | Wallace et al. | Estados Unidos | O método não é citado |

	Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers		Unidos	no artigo
12	Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente	Lacasta-Reverte et al.	Espanha	Estudo descritivo de 208 famílias enlutadas pela COVID-19 atendidas em 2020.
13	International Collaboration in the Time of COVID-19: The World Hospice and Palliative Care Social Work Network	Oltmanna et al.	Estados Unidos	Estudo descritivo intervenções desenvolvidas por assistentes sociais na pandemia.
14	Navigating the terrain of moral distress: Experiences of pediatric end-of-life care and bereavement during COVID-19	Wiener et al.	Estados Unidos	Pesquisa qualitativa online com profissionais de saúde de clínicas.
15	O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia	Dantas et al.	Brasil	Estudo qualitativo.
16	Palliative care for patients with severe covid-19	Ting et al.	Reino Unido	O método não é citado no artigo.
17	Palliative Care Professionals' Inner Lives: Cross-Cultural Application of the Awareness Model of Self-Care	Oliver et al.	Suíça	Estudo transversal em instituições de saúde da Espanha, Argentina e Brasil.
18	Palliative medicine in intensive care unit during a pandemic	Maritz & Pathak	Estados Unidos	Estudo descritivo prática da medicina paliativa em hospital durante pandemia.
19	Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives	Arya et al.	Canadá	O método não é citado no artigo

20	Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: families' grief reactions and clinical psychologists' roles	Delor et al.	Itália	Múltiplos métodos qualitativos online: relatórios de ligações com familiares enlutados COVID-19; entrevistas semi-estruturadas com psicólogos; observação de grupos.
21	“Never Waste A Good Crisis”: A Qualitative Study of Programmatic Challenges, Opportunities, and Gaps Illuminated by the COVID-19 Pandemic in Seven Hospital Systems (SCI912)	Holdsworth et al.	Estados Unidos	Estudo qualitativo com entrevistas com profissionais de saúde em sete hospitais.
22	Support for families of isolated or deceased COVID-19 patients in sub-Saharan Africa	Endomba et al.	Estados Unidos	Revisão da literatura nas bases: PubMed, Google Scholar e African Journal Online: “COVID-19”, “Famílias” e “Luto”.
23	Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas	Crepaldi et al.	Brasil	Revisão da literatura sobre experiências de saúde em diferentes países durante a pandemia.
24	The Utility of the Pandemic Grief Scale in Identifying Functional Impairment from COVID-19 Bereavement	Lee et al.	Austrália	Estudo qualitativo

Tabela 8

Objetivos dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº	Objetivos
1	Explorar as experiências e as necessidades de familiares de pacientes com COVID-19.
2	Avaliar experiências de familiares enlutados sobre a qualidade dos cuidados e o apoio familiar prestado durante o fim de vida.
3	Explorar barreiras e facilitadores para otimizar cuidados paliativos em instituições de longa duração.
4	Revisar evidências de pesquisas relevantes e fornecer recomendações a equipes hospitalares para mitigar o impacto do luto e apoiar a equipe.
5	Oferecer sugestões sobre ferramentas de cuidados paliativos para as famílias durante a pandemia.
6	Evidenciar as práticas de uma equipe de cuidados paliativos de Portugal durante a pandemia de COVID-19.
7	Delinear as necessidades urgentes de cuidados paliativos em cuidados intensivos e emergência.
8	Analisar as evidências científicas sobre a inserção dos cuidados paliativos no cenário da pandemia de COVID-19.
9	Analisar aspectos éticos para abordar as preocupações relacionadas à morte em lares de idosos e o planejamento antecipado de cuidados durante a pandemia de COVID-19.
10	Evidenciar os cuidados de fim de vida e as tomadas de decisões na pandemia de COVID-19.
11	Descrever a relação da pandemia do COVID-19 com o luto antecipatório, luto sem direitos e luto complicado.
12	Incentivar cada pessoa a elaborar seu luto naturalmente, prevenir fatores de risco e identificar o luto complicado.
13	Destaca novas intervenções desenvolvidas por assistentes sociais em resposta à pandemia.
14	Definir os impactos que a pandemia de COVID-19 gerou na abordagem do luto em cuidados paliativos pediátricos.
15	Discutir aspectos universais e peculiares da vivência de luto no contexto da pandemia por COVID-19, a partir da escuta clínica de familiares enlutados.
16	Descrever a abordagem paliativa do manejo de pacientes com COVID-19 grave em ambientes hospitalares e comunitários, com foco no gerenciamento do sofrimento.

- 17 Oferecer evidências sobre a generalização do modelo de conscientização do autocuidado.
- 18 Fornecer um olhar aprofundado sobre a prática paliativa.
- 19 Revisar os desafios envolvidos na prestação de cuidados paliativos em uma pandemia.
- 20 Explorar as experiências das famílias e necessidades coletadas durante atendimentos e o papel dos psicólogos .
- 21 Descrever como os serviços de cuidados paliativos em sete sistemas hospitalares diferentes responderam à epidemia de COVID-19.
- 22 Discutir a questão do apoio psicológico e social das famílias dos pacientes com COVID-19, levando em conta algumas considerações culturais da África subsaariana.
- 23 Sistematizar conhecimentos sobre os processos de terminalidade, morte e luto no contexto da pandemia de COVID-19.
- 24 Examinar a validade da Escala de Luto Pandêmico na identificação de enlutados em risco de resultados prejudiciais.

Tabela 9

Resultados/Considerações Finais dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº Resultados/Considerações Finais

- 1 Apresentaram uma perspectiva sobre o fim de vida na pandemia. Identificou-se a importância da família estar sempre informada sobre a condição do paciente, bem como ter um contato final antes da morte.

Os profissionais de saúde podem ter um papel importante na prevenção do isolamento dos pacientes durante a pandemia.
- 2 Apresentaram o cuidado compassivo com o paciente, o suporte psicossocial, a comunicação clara e oportuna com a família, a conexão equipe-paciente-família como pontos fundamentais no fornecimento de cuidados individualizados.

Apesar das restrições de saúde pública, o atendimento individualizado pode ser viabilizado pela comunicação proativa e informativa; facilitar a presença de familiares na hospitalização.
- 3 Identificação de três barreiras na assistência à saúde: motivacionais; as de capacidade; as físicas e sociais.

Validar as preocupações, ter ferramentas apropriadas de avaliação de sintomas, fornecendo mentoria em cuidados paliativos e adaptação do ambiente físico e social para apoiar o luto com dignidade facilita os cuidados..

- 4 Apresentaram os fatores de risco do luto: morrer em uma unidade de terapia intensiva, a falta de ar grave, o isolamento do paciente em relação a familiares ou acesso restrito, e a ruptura das redes de apoio social.

Recomenda-se a elaboração de práticas por toda a linha de frente que sensibilize e forneça o básico de apoio ao luto.

- 5 Apresentam possibilidades interventivas para cuidar das famílias antes da morte do paciente para facilitar o processo de luto.

Recomenda-se que todos os hospitais preparem as famílias para os cuidados no luto.

- 6 Apresentam os três níveis de intervenção com familiares: apoio social ou acompanhamento, aconselhamento ou intervenção especializada com grupo de apoio ao luto, consulta individual com psicólogo ou psiquiatra.

Recomenda-se estudos específicos sobre como as mudanças trazidas pela pandemia impactaram o luto de familiares.

- 7 Apresentam o luto complicado, o estresse traumático secundário e o sofrimento moral como questões esperadas para o luto.

Uso da telessaúde como uma ferramenta para facilitar discussões e pesquisas em saúde.

- 8 Apresentaram estratégias para implementação de cuidados paliativos fazendo uso de protocolos e telemedicina com o objetivo de facilitar a comunicação.

Necessidade de aplicação dos cuidados paliativos nos serviços de saúde mesmo em cenários de pandemia.

- 9 Os achados revelam que há uma percepção de solidão e abandono, agravados com as restrições físicas geradas pela pandemia.

Necessidade de planejamento de cuidados paliativos e dignidade em lar de idosos.

- 10 Restrições físicas e a impossibilidade de se despedir pessoalmente agravam a experiência do luto.

O luto de profissionais pode ser agravado pela incapacidade de cuidar de famílias e pacientes como desejado.

- 11 Estabelecimento de uma comunicação equipe-família, planejamento antecipado de cuidados e práticas de autocuidado como fator de proteção para de luto complicado.

Compreender as complexidades do luto, além de acessar e compartilhar recursos para melhorar a comunicação.

- 12 Motivos pelos quais alguns familiares não puderam se despedir: regras hospitalares, familiar doente ou suspeito isolado em casa, familiar imunologicamente vulnerável, distância de casa ao hospital ou distância na relação.
- A informação e a comunicação eficaz com os familiares afetados, treinamento na morte e luto dos profissionais envolvidos são importantes na pandemia.
- 13 Apresentam uma plataforma de conexão online que possibilitou conexões relacionais significativas.
- Necessidade do fortalecimento do trabalho em rede em cuidados paliativos.
- 14 Apresentam a alta incidência do sofrimento moral de profissionais da saúde, com destaque para a incapacidade de fornecer um nível desejado de cuidados devido às regras e políticas de restrição existentes.
- Necessidade de investimento em soluções para futuros desafios globais e para fomentar a solidariedade no cuidado paliativo.
- 15 Ressaltam a necessidade de manter uma boa comunicação da família com o paciente e com a equipe de saúde, além da construção de um rede de apoio social.
- Busca-se apoiar os familiares enlutados durante a pandemia de COVID-19, sobretudo através de uma escuta empática, acolhedora, e pelo estímulo à criatividade.
- 16 Apresentam fatores de alívio para a angústia dos familiares e dos pacientes: uso de vídeochamadas com a família, processo de escrita ou colagem de fotografias de seus rostos nos seus EPIs para humanizar a interação equipe-paciente e o constante diálogo com os pacientes.
- Orienta-se uma prática que combine um diálogo honesto e empático entre equipe-paciente-família.
- 17 Indicam que intervenções que atendam aos preditores da qualidade de vida dos profissionais devem estar na agenda das agências mundiais de saúde e formuladores de políticas de saúde.
- Profissionais compassivos podem fornecer uma melhor qualidade no atendimento dos pacientes diante de contextos críticos como o da pandemia de COVID-19.
- 18 Identificou-se dificuldade na comunicação dos pacientes frente à necessidade de sedação no contexto pandêmico.
- Necessidade de adaptação das práticas de cuidados paliativos ao novo contexto.
- 19 Apresentam os cuidados paliativos centrados em três domínios: gestão dos sintomas do doente; discussão dos desejos, expectativas e valores do paciente por meio de planejamento antecipado de cuidados; e apoio às famílias.
- Os cuidados paliativos devem ser uma parte essencial de qualquer resposta a uma crise

- humanitária, incluindo a atual pandemia de COVID-19.
- 20 Identificou-se as temáticas no luto: ausências de rituais de morte, solidão, sensações inesperadas, sensação de injustiça, sensação de insegurança e convivência com outros estressores.
- Potencial de luto traumático das famílias das vítimas da COVID-19. Necessidade de pesquisas futuras sobre a interseção de luto e trauma.
- 21 Apontou o uso significativo de iPads para promoção de visitas em internações.
- Os cuidados paliativos contribuíram no planejamento de cuidado.
- 22 Apresentam possibilidades interventivas em momentos anteriores à morte: chamadas de áudio/vídeo regulares, apoio psicológico às famílias. Em momentos posteriores a morte: acompanhamento remoto em memoriais, apoio psicológico.
- Necessidade de transparência e comunicação adaptada sobre o prognóstico da doença.
- 23 Apresentou o impacto e o agravamento da pandemia de COVID-19 sobre o processo de luto.
- Recomenda-se a realização de pesquisas sobre os processos de terminalidade, morte e luto no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil.
- 24 56,6% dos participantes apresentaram luto pandêmico disfuncional e 69,7% lidaram com sua perda usando drogas ou álcool por vários dias nas últimas duas semanas.
- Utilidade clínica desta medida na identificação do risco de resultados deletérios em uma série de domínios funcionais e comportamentais.
-

Com base nos achados da tabela acima e nas discussões similares propostas pelos artigos analisados, é possível categorizar os pontos abordados nos artigos em cinco grandes temáticas, sendo elas: à necessidade do estabelecimento de uma comunicação regular entre família, equipe e paciente; à possibilidade de um maior envolvimento da família; à necessidade da construção de uma rede de apoio dos enlutados; à possibilidade de se ter um momento final de despedida entre família e paciente; e, por fim, à elaboração de rituais fúnebres adaptados ao contexto crítico de distanciamento.

Devido às políticas de restrições físicas geradas pela Pandemia de COVID-19, a ausência de uma comunicação contínua entre paciente e familiares contribuiu para a

intensificação da angústia e da ansiedade dos familiares que se encontravam sem acesso físico aos hospitais e demais locais de internação. Diante desta impossibilidade, tornou-se necessária a realização regular de videoconferências, por meio de aparelhos eletrônicos, como *smartphones* e *tablets*, para se ter um mínimo contato entre os familiares e o paciente sob os cuidados paliativos.

Em contextos anteriores à pandemia, eram realizadas reuniões presenciais de alinhamento entre a equipe da saúde e os familiares. Estas visavam acolher as demandas psicológicas, compreender as expectativas dos envolvidos e atualizar a família sobre o quadro clínico do paciente em questão. Com a chegada da pandemia, a equipe dos cuidados paliativos encontrou grandes dificuldades em realizar esta reunião tão importante. Como foi apresentado nos artigos da presente pesquisa, a falta de informações sobre o quadro clínico do familiar que estava sob os cuidados paliativos também atuava como um estímulo estressor, haja vista que os entes ficavam sem notícias de como estava sendo o acompanhamento e o cuidado com o paciente. Foi possível identificar que a ausência de informações também elevou as inseguranças e dúvidas relacionadas à conduta da equipe médica, questão essa que também contribui na intensificação do estresse familiar.

Assim, tendo em vista as questões críticas da comunicação emergidas pela pandemia de COVID-19, tornou-se necessário a elaboração de outras alternativas para a comunicação equipe-família, família-paciente e equipe-paciente. As soluções encontradas foram: as reuniões de alinhamento foram migradas e adaptadas às plataformas digitais, como o Zoom; as visitas, diante da impossibilidade de serem presenciais, também migraram para videoconferências; o uso de cartas passou a ser uma prática recorrente no estabelecimento da comunicação; e houve casos em que a família enviaram objetos pessoais para o familiar em cuidados paliativo.

Com a comunicação sendo realizada integralmente por meio da internet, houve um distanciamento da família quanto a sua implicação sobre os processos do cuidado paliativo com o familiar em questão. Alguns artigos relataram que o envolvimento da família nos momentos de decisões sobre o que fazer com o paciente em cuidados paliativos é fundamental para o controle emocional. Desse modo, é necessário que a equipe promova, durante as reuniões online, um espaço que acolha as dúvidas existentes e que também instrua os familiares a melhor forma de lidarem com o processo de luto, bem como, na presença de crianças, a melhor forma de explicá-las o que é a morte e o porquê de seu ente querido não estar mais entre eles.

As dificuldades geradas pelo distanciamento social não acometeram estritamente a troca de informações entre equipe e família, haja vista que foi notado irregularidades na comunicação interna da própria família, por exemplo: não havia uma troca contínua de informações sobre a familiar hospitalizada, bem como, um distanciamento emocional entre as pessoas. Diante tal questão, as equipes da saúde buscaram despertar nos familiares a necessidade de fazer parte de uma rede de apoio, podendo ser tanto entre os familiares quanto com outras pessoas que estavam passando pela mesma adversidade. As práticas elaboradas pela rede de apoio poderiam ser a realização de chamadas online com diálogos sobre os sentimentos, medos, expectativas e memórias que todos estavam sentindo, bem como construir e expressar as mesmas questões por meio de cartas e vídeos.

No que concerne à possibilidade de se ter um momento final de despedida, os artigos revisados apresentaram uma correlação entre as famílias que não tiveram oportunidade de ter uma última conversa, seja ela presencial, seja ela de forma online, com o familiar sob os cuidados paliativos e o desenvolvimento de um luto complicado, caracterizado pelo DSM-5 por uma série de sintomas de caráter melancólico que inclui: uma saudade persistente do

falecido (Critério B1), que pode estar associada a intenso pesar e choros frequentes (Critério B2) ou preocupação com o falecido (Critério B3) e que se apresenta persistente por mais de 12 meses entre adultos e por mais de seis em crianças (Michel & Freitas, 2019). É importante estabelecer um diálogo que não só informe o estado atual, mas que regule as expectativas e que avise com antecedência o prognóstico da doença e as futuras intervenções dos cuidados paliativos. Com base nisso, diante a disponibilização de um momento final de despedida, a família terá melhores possibilidades/condições de cumprir as demandas do luto iminente.

O último ponto de análise do conteúdo achado nesta revisão integrativa de literatura trata-se da elaboração de rituais fúnebres adaptados ao contexto crítico de distanciamento. Diferente dos outros quatro pontos apresentados, este não está relacionado a práticas de cuidado paliativo anteriores à morte do familiar em questão, e sim sobre procedimentos posteriores que visam um processo de luto saudável. Conforme sugere Parkes (1996), cerimônias de funeral atuam como facilitadores para a elaboração do processo de luto, já que o apoio social recebido no ritual é considerado necessário pelos enlutados.

Podemos compreender que estas ritualísticas atuam como marcadores sociais que visam a compreensão de que houve a perda de uma pessoa querida e que daquele momento em diante sua presença deverá ser ressignificada à memória, o que contribuirá para o cumprimento dos trabalhos do luto. Dessa forma, pela impossibilidade de uma cerimônia presencial é notória a realização de uma videoconferência com propósito semelhante, onde as pessoas possam lembrar, discursar e expressar sentimentos sobre o ente falecido. Já na realização de uma cerimônia com poucas pessoas e caixão fechado, algumas estratégias a serem utilizadas tratam-se da exposição de fotos do familiar, bem como a captação de vídeo do momento e a sua transmissão para aqueles que não puderam estar.

Por fim, com base nos estudos analisados, foi possível identificar a presença de uma lógica que dispõe os cuidados paliativos dentro dos cuidados de fim de vida e não em linha de cuidado. As intervenções, bem como a própria discussão apresentada, demonstraram que os hospitais e demais ambientes de promoção de cuidados paliativos trabalhavam em cima da perspectiva de pacientes em terminalidade. O termo “moribundo” foi recorrentemente utilizado na escrita das produções, o que deixa claro como ainda existe um olhar tradicionalista sobre essa prática. Desse modo, compreende-se que ainda há um grande caminho a ser percorrido no que tange a promoção de uma linha de cuidados paliativos que vise o bem estar do sujeito, independente do quadro evolutivo de sua doença.

4.5 Revisão Integrativa – Cuidados Paliativos na Pandemia e Assistência

Hospitalar

A revisão integrativa da literatura possibilitou o acesso a 174 artigos, sendo que 17 publicações foram encontradas na base PubMed, 20 na BVS Saúde e 137 no Periódicos CAPES. Não foram encontrados artigos nas bases Scielo, BVS Psi e LILACS

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, e descartar os artigos repetidos em mais de uma base indexadora, a seleção final foi composta por 10 publicações, que se mostraram pertinentes aos objetivos propostos.

A Tabela 10 apresenta a identificação dos artigos incluídos conforme títulos, autores, país de origem e método, sendo que, para melhor organização, cada um deles foi identificado com um número. Já na Tabela 11 e na Tabela 12 se encontram, respectivamente, os objetivos e principais resultados referentes aos artigos selecionados.

Tabela 10

Artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº	Título	Autores	País	Método
1	Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians	Selman et al.	Reino Unido	Exploratório descritivo
2	COVID-19 and palliative medicine: faith-based hospitals in India	Sundararaj et al.	India	Exploratório descritivo
3	Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study	Strang et al.	Suécia	Exploratório descritivo
4	Guías Éticas para la Atención Durante la Pandemia Covid-19: Recomendaciones Multisocietarias para Asignación de Recursos	Valdez et al.	Buenos Aires	Exploratório descritivo
5	Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System During COVID-19 Pandemic	Palma et al. Castillo	Chile	Relato de Experiência
6	Palliative care in critically ill COVID-19 patients - the early New York City experience.	Sheehan et al.	Estados Unidos	Relato de Experiência
7	Specialist palliative care services response to ethnic minority groups with covid-19 - equal but inequitable - an	Bajwah et al.	Reino Unido	Exploratório descritivo e transversal
8	The challenges of caring for people dying from COVID-19 a multinational	Oluyase et al.	Multinacional	Exploratório descritivo
9	Upside down solutions: palliative care and covid-19	Knights et al.	Reino Unido	Exploratório descritivo
10	Urgent Creation of a Palliative Care Team in a Small Hospital During the COVID Crisis.	Martinez et al.	Estados Unidos	Relato de Experiência

Dos estudos analisados, todos foram publicados em 2020. Destacaram-se publicações oriundas do Reino Unido (n = 4), foram encontrados dois estudos dos Estados Unidos (n = 2)

e outros da Argentina, Chile, Índia e Suécia (uma publicação para cada país, perfazendo). Os artigos foram majoritariamente publicados em inglês, sendo apenas um publicado em espanhol e nenhum em português.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos recuperados, observou-se a predominância de estudo qualitativo de caráter exploratório descritivo (artigos 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9). Os demais artigos são caracterizados como relatos de experiência (artigos 5, 6 e 10).

Tabela 11

Objetivos dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº	Objetivos
1	Revisar fatores de risco e fornecer recomendações baseadas em evidências para o suporte de luto durante a pandemia do Covid-19
2	Analisar como se deu a preparação e a prestação de cuidados paliativos durante o COVID-19 em hospitais na Índia
3	Investigar se foram oferecidos cuidados paliativos no momento da morte de pacientes acometidos pelo coronavírus, comparando entre lares de idosos e hospitais
4	Apresentar diretrizes sobre a ética na alocação de recursos, processos de triagem, alta de unidades de terapia intensiva e cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19
5	Descrever a implementação de um sistema hospitalar de telessaúde paliativo, espiritual e psicológico durante a pandemia
6	Destacar estratégias aplicadas na UTI para identificar pacientes com necessidades de cuidados paliativos.
7	Mapear a resposta dos serviços especializados de cuidados paliativos para pacientes e famílias de grupos étnicos minoritários durante a primeira onda da pandemia de COVID-19
8	Analisar e descrever os desafios enfrentados pelos serviços de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19
9	Explorar alternativas e discutir três áreas de aprendizagem a partir de configurações de recursos limitados em cuidados paliativos: (1) integração de medicina na prática cotidiana, (2) simplificação de gestão biomédica mais multidisciplinar e trabalho em

equipe e (3) uso efetivo de voluntários

10 Relatar a construção de uma equipe de cuidados paliativos funcional em um hospital durante a crise do Covid-19

No que se refere aos objetivos dos estudos, a tabela 11 aponta que os artigos 1, 4 e 9 procuraram fornecer diretrizes e recomendações, a partir de uma literatura específica, com o intuito de auxiliar os profissionais nas mudanças ocorridas nos serviços de cuidados paliativos impostas pela crise da pandemia de COVID-19. Os artigos 2, 3, 7 e 8 objetivaram analisar como se deu a prestação de cuidados paliativos durante a pandemia em diferentes países, bem como descrever os desafios enfrentados pelas equipes. Já os artigos 5, 6 e 10 são relatos de experiências que descrevem o processo de implementação de equipes de cuidados paliativos em hospitais e suas estratégias para lidar com a alta necessidade do serviço em contraste com as restrições impostas pela pandemia.

Esses objetivos apontam para o interesse dos autores por dois eixos importantes, de um lado, algumas publicações focaram em analisar as dificuldades vivenciadas pelos serviços de cuidados paliativos já existentes e mapear as suas respostas aos desafios impostos pela crescente demanda diante da pandemia de COVID-19. Por outro lado, também observa-se um interesse na criação de serviços de cuidados paliativos adaptados às novas condições de trabalho.

Como nos achados de Florêncio et al (2020), diante da crise epidemiológica da COVID-19 foi evidenciada a importância da abordagem paliativa tanto pela necessidade de estabelecer protocolos para os pacientes acometidos pela COVID-19, mas também como uma forma de enfrentamento, dignidade e conforto diante de uma doença ameaçadora da vida. Esse movimento pode ser visto nos relatos de experiência aqui mencionados (estudo 5, 6 e 10).

Com base na Tabela 12 e na pergunta de pesquisa sobre qual o impacto da pandemia sobre os cuidados paliativos na assistência hospitalar, foi possível agrupar os principais resultados dos artigos analisados em quatro grandes temáticas, que emergiram a partir da similaridade entre os achados apresentados nos estudos, sendo elas: oferta limitada de cuidados paliativos; isolamento do paciente; apoio ao luto de familiares; e sobrecarga do trabalho e falta de recursos.

Tabela 12

Resultados/Considerações Finais dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura levantados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BVS Psi, Lilacs, Periódicos Capes, Pubmed e SciELO.

Nº	Resultados/Considerações Finais
1	Morrer na UTI, falta de ar grave, isolamento do paciente ou acesso restrito são fatores de risco de luto que potencializa o sofrimento da família. Recomenda-se cuidados antecipados; comunicação adequada; controle de sintomas; e sinalizar serviços de luto na rede.
2	Mais da metade dos hospitais relatou que o serviço de cuidados paliativos havia sido reduzido (66%) e em sete hospitais (16%) o serviço havia parado completamente durante a pandemia. Dez hospitais (23%) relataram que a equipe de cuidados paliativos havia sido redistribuída para apoiar os cuidados gerais relacionados ao COVID-19
3	Morrer de COVID-19 afeta negativamente a possibilidade de realizar uma discussão de fim de vida e as chances de morrer acompanhado.
4	É recomendado o planejamento sistêmico em cuidados paliativos.
5	Foram realizadas 211 sessões de telessaúde, 82% psicológicas e 18% espirituais. Uma pesquisa eletrônica de satisfação dos usuários indicou altos índices de satisfação
6	Apenas 39,07% dos pacientes internados em UTI receberam uma consulta de cuidados paliativos.
7	Menos da metade dos serviços (34%) atenderam pacientes com COVID-19 ou familiares de grupos étnicos minoritários. Recomendam a flexibilização das políticas para levar em conta as necessidades religiosas e de comunicação dos pacientes de grupos étnicos minoritários.
8	91% dos serviços de cuidados paliativos mudaram a forma como trabalhavam após a COVID-19.

9 Foi sugerido o apoio aos médicos generalistas para garantir que o objetivo do cuidado é a redução do sofrimento, não apenas a sobrevivência.

10 Uma equipe de cuidados paliativos foi formada por um médico, um assistente de ginecologia e 2 enfermeiros.

Quanto à temática de oferta limitada de cuidados paliativos durante a pandemia de COVID-19, os resultados do artigo 2 ressaltam que 29 dos hospitais de referência nesses cuidados na Índia relataram que o serviço de cuidados paliativos havia sido reduzido, enquanto 16% havia parado totalmente durante a pandemia. Os resultados indicaram ainda que em alguns hospitais, a prestação de cuidados paliativos foi reduzida à medida que a equipe de referência foi redistribuída para outras funções de acordo com a necessidade de apoiar os cuidados gerais relacionados à COVID-19. No artigo 3, os resultados indicaram que menos discussões de fim de vida foram realizadas com os pacientes que morreram com COVID-19.

No estudo 7 é destacado que quase dois terços dos pacientes internados na UTI não tiveram consulta de cuidados paliativos. É importante destacar que dentre os pacientes que morreram, os que receberam cuidados paliativos eram mais velhos, mais doentes e com necessidade de ventilação mecânica, enquanto que os pacientes que morreram e não receberam cuidados paliativos eram mais jovens e necessitavam de suporte ventilatório não invasivo. Os autores enfatizam que essas diferenças podem estar relacionadas à incerteza dos profissionais sobre quais os pacientes justificariam o envolvimento em cuidados paliativos diante do cenário imprevisível da pandemia. Além disso, destacamos que isso pode estar relacionado a uma lógica de cuidados paliativos ligado a um cuidado em fim de vida e não cuidado frente a um diagnóstico de potencial ameaça à continuidade da vida (Ministério da Saúde, 2018).

Já no estudo 9 observou-se que 91% dos serviços responderam que suas atividades mudaram a forma como trabalhavam como resultado do COVID-19, mudando de cuidados proativos para reativos por conta da alta demanda de serviços e falta de pessoal especializado. Os serviços relataram que muitos pacientes em cuidados paliativos preferiram mudar para cuidados domiciliares por medo de contrair COVID-19 e/ou por desejar permanecer próximo dos familiares. Além disso, ressaltam que médicos com pouca ou nenhuma experiência em cuidados paliativos tiveram que fornecer cuidados de fim de vida aos pacientes e apoio aos familiares.

Nos artigos analisados, observou-se que quase todos os artigos abordam o isolamento do paciente como um fator que prejudica o apoio ao luto dos familiares e um dos aspectos que mais dificulta os cuidados paliativos na pandemia. Os resultados do estudo 4 apontaram que os familiares estavam presentes no momento da morte em apenas 24% dos casos e que 45% dos pacientes morreram sozinhos. Isso ocorreu por causa das ordens de restrição, o que significa que em muitos casos os familiares não são permitidos estar fisicamente presentes. As restrições de visita afetaram particularmente as famílias de grupos étnicos minoritários, como apontam os resultados do estudo 7.

As mortes, em sua maioria, aconteceram em UTIs com os pacientes completamente isolados de seus familiares. O aspecto de morrer sozinho preocupou as equipes de cuidados paliativos, visto que as normas de distanciamento social impuseram restrições às visitas de familiares e amigos. Como destacado por Strang et al. (2020), é um desejo universal não morrer sozinho enquanto se ainda está consciente, mesmo que alguns pacientes possam preferir fazê-lo. Entende-se que as discussões de fim de vida são um aspecto importante para o paciente e sua família e geralmente são vistas como medidas de qualidade da morte.

No contexto de pandemia, as particularidades das mortes causadas pelo novo coronavírus trouxeram características que podem interferir no luto das pessoas envolvidas. A morte repentina, inesperada e precoce é considerada um fator complicador para elaboração do luto e pode gerar transtornos psicológicos importantes nos indivíduos que vivenciam suas perdas nesse contexto (FIOCRUZ, 2020). O aspecto repentino, o isolamento e a falta de preparação são características de uma “morte ruim” tanto para o paciente quanto para sua família.

Além disso, as empresas funerárias foram afetadas por normas restritivas impostas para diminuir os riscos de contaminação, impossibilitando velórios e funerais de pessoas que morrem em decorrência do coronavírus. Devido a isso, a despedida de familiares e a realização de rituais tradicionais foram afetadas, podendo agravar sua angústia. Entende-se que tais eventos são simbolicamente importantes para os familiares e para integração de questões psicológicas e espirituais no cuidado (Matos & Conceição, 2020).

Nesse sentido, os estudos analisados mostram que os serviços de cuidados paliativos se depararam com um grande desafio sobre como oferecer um cuidado humanizado e apoio emocional para as pessoas com necessidades paliativas e sobre como apoiar os familiares enlutados. Com o atendimento presencial limitado, muitos hospitais recorreram a estratégias de comunicação específicas, por meio de telefones, videochamadas e telemedicina para pacientes e familiares.

Os estudos 5, 6 e 10 descrevem a utilização de telemedicina como um recurso potencial na criação de equipes de cuidados paliativos. Mais especificamente, o estudo 5 discorre sobre a implementação de um sistema de telesaúde espiritual e psicológico durante a pandemia de COVID-19, destinado a apoiar pacientes internados, os quais eram encaminhados a uma equipe móvel de cuidados paliativos. A equipe foi composta por dois

médicos, um enfermeiro, um psicólogo e um capelão e a intervenção consistia de sessões de tele-saúde espiritual e psicológica realizadas remotamente pelo capelão e o psicólogo. Esse estudo demonstrou que foi possível prestar cuidados paliativos espirituais e psicológicos a pacientes hospitalizados e familiares durante as restrições da pandemia por meio de tele-saúde interdisciplinar.

O estudo 6, a telemedicina, por meio de videoconferência com pacientes e seus familiares, foi utilizada como base para as consultas de cuidados paliativos com pacientes criticamente doentes por COVID-19 em Nova York. Esse serviço incorporou a abordagem multidisciplinar, incluindo o profissional médico de cuidados paliativos, equipe de cuidados críticos, assistente social e capelão.

No estudo 10, também foi implementada uma equipe de cuidados paliativos em caráter de urgência, sendo a equipe composta por um médico pneumologista paliativista, um assistente de ginecologia e dois enfermeiros de neurologia. O serviço teve como objetivo o acompanhamento do curso da doença por meio de videochamadas com os pacientes e seus familiares. É importante destacar que o estudo 5 foi o único dentre os artigos de relatos de experiências, que citam a inclusão do profissional de psicologia e do capelão na equipe de cuidados paliativos.

Entre os artigos analisados, é destacado os desafios vivenciados pelas pelos trabalhadores da saúde, relacionados às necessidades de capacitação dos profissionais, à sobrecarga de trabalho e à falta de recursos.

Os artigos recuperados veiculam resultados que podem ser interpretados como importantes para o desenvolvimento do conhecimento acerca do assunto no país e para a aplicação prática dos princípios norteadores dos cuidados paliativos.

Sobre esta perspectiva de cuidado, os desafios apresentados para oferta de cuidados paliativos frente à pandemia pelo novo coronavírus são significativos (OMS, 2021).

Orientações globais preconizam a necessidade de se ofertar intervenções em cuidados paliativos em todas as instituições de saúde que atendam pessoas com COVID-19, além de, identificar com todos os usuários diagnosticados, quais são os planos e desejos de cuidado individuais (como a escolha de receber suporte de vida intensivo) e respeitar suas prioridades e preferências na adaptação do plano de cuidados individualizado e fornecê-lo independente da escolha particular de cada indivíduo (OMS, 2020).

Apesar do atual desafio global de manejo da pandemia, espera-se que os estudos em saúde preservem princípios basilares dos cuidados paliativos como sua característica multifacetada de abordagem integrada para aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam os desafios associados a doenças que ameaçam a vida como o COVID-19. Nesse contexto, os cuidados paliativos devem focar na prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, acesso ao tratamento e cuidado com os estressores físicos, psicossociais e espirituais; incluindo, mas não se limitando, ao cuidado no fim devida (OMS, 2018).

Capítulo 5

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo apontam para o impacto que uma intervenção grupal online pode ter sobre o processo de luto de familiares no contexto pandêmico, com potencial para mobilização de diversos fatores terapêuticos grupais. Importante destacar a intervenção online como uma modalidade possível de trabalho, com potencial impacto de mobilização de

fatores terapêuticos ainda que não inscrita em uma dinâmica relacional presencial. Os recortes de fala que apontam para a identificação de múltiplos fatores terapêuticos grupais apontam para o potencial mobilizador de uma intervenção breve planejada e embasada cientificamente.

Os resultados apontam ainda para a possibilidade de consideração de intervenções grupais breves focais com impacto positivo terapêutico sobre o processo e luto. Segundo White (1998) tanto experiência de perda quanto os requisitos para o enfrentamento de cada luto são únicos. Desse modo, qualquer metáfora ou narrativa elaborada a partir desta perda só será útil na medida em que reconhece e viabiliza a expressão desta singularidade, traçando um caminho oposto ao do assujeitamento de um indivíduo a especificações normativas ou categorizações. Identificou-se uma tendência no relato de todas as participantes a identificação da criação de um espaço seguro e de validação emocional nos grupos conduzidos, o que pode estar associado à efetividade da intervenção grupal breve direcionada ao processo de luto; indo de encontro a outros apontamentos levantados em um estudo descritivo sobre a criação da intervenção grupal “Vínculos e Reflexões”, em que os participantes também reconheceram o grupo como um espaço seguro para o compartilhamento e validação de suas vivências de perda e sofrimento emocional, produzindo impactos positivos sobre a aprendizagem interpessoal e amenização da angústia vivenciada de uma experiência de dor por meio da partilha coletiva (Silva et al., 2021).

Destaca-se a identificação da educação permanente e de investidas em formação e capacitação profissional como um fator protetivo para a saúde mental, conforme apontado pelas participantes entrevistadas, com impacto significativo do acesso à informação de qualidade sobre a redução da insegurança. A viabilização de uma reflexão coletiva sobre o processo de trabalho com oferta de instrumentos para sua transformação e construção de um novo modelo de produzir saúde, pautado nas necessidades educacionais atuais dos

profissionais de saúde a partir do “trabalho vivo em ato”, ou seja, sensível à realidade diária dos profissionais e usuários, foi um compromisso assumido no processo de capacitação da intervenção grupal e reconhecido pelas participantes nas entrevistas, quando validam a relevância e aplicabilidade da ementa da capacitação e o impacto direto prático nas rotinas de trabalho. Tais princípios estão intimamente relacionados com os objetivos da educação permanente em saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Identifica-se ainda, a importância do apoio da gestão sobre a saúde mental de trabalhadores e sobre a viabilização de mudanças institucionais em um contexto de crise e emergência. A falta de resposta coordenada foi identificada como um fator de risco para a saúde mental das participantes entrevistadas, com impacto direto sobre a sensação de insegurança e confusão, com possível efeito sobre a qualidade da assistência prestada na pandemia.

Outro destaque importante do referido estudo é a necessidade de inscrição do trabalho com o luto dentro dos serviços de cuidados paliativos, reconhecido como uma das etapas da linha de cuidado preconizada pela OMS.

Em uma resolução atual que dispõe sobre o trabalho em cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2018) orienta-se que toda pessoa afetada por um problema de saúde crônico ou agudo que ameace a vida será elegível para cuidados paliativos a partir do diagnóstico, o que justifica a consideração de um planejamento de cuidado dentro desta lógica de atenção a todas as pessoas infectadas pela COVID-19. Dentro desta perspectiva, os cuidados paliativos terão como objetivos: 1) integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde, 2) promover a melhora da qualidade de vida de paciente e familiares, 3) ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS; dentre outros objetivos. Em que pese as orientações da OMS sobre uma abordagem da

pandemia sobre a ótica dos cuidados paliativos as equipes ainda se encontram deslocadas da estruturação de uma assistência com esse foco, com uma tendência à desconsideração dos cuidados com os familiares que deve continuar após o óbito. Importante destacar a contemplação pelo grupo “Vínculos e Reflexões” dos itens anteriores, conforme identificado nas entrevistas realizadas.

Algumas limitações do estudo se referem ao fato da amostra de pesquisa ter sido reduzida e de não ter considerado um importante agente envolvido na intervenção que foram as pessoas enlutadas participantes dos grupos. Para estudos futuros sugere-se trabalhar com amostras mais expressivas e, até mesmo, estudos voltados para a avaliação dos participantes alvos da intervenção psicossocial. Ainda que a percepção das facilitadoras seja um dado de relevância inquestionável, estudos apontam para a existência de discrepância entre a percepção de pacientes e terapeutas sobre o impacto e efeito terapêutico do grupo, com identificação em revisões de pesquisas sobre o processo e os resultados de intervenções grupais indicando para uma tendência de que a avaliação dos pacientes sobre o envolvimento do terapeuta seja um melhor indicativo de sucesso terapêutico do que as avaliações dos terapeutas sobre as mesmas variáveis (Yalom, 2006).

Sugere-se a ampliação da discussão acerca das atualizações curriculares de cursos de saúde que respondam às demandas futuras que profissionais encontrarão na prática, como a inclusão de conteúdos de gestão integral de riscos e desastres, que contemplem as dimensões psicológicas, sociais e biológicas de uma emergência sanitária em todas as fases de manejo da crise: prevenção, preparação, mitigação, resposta e reconstrução (Noal et al, 2021).

Associada à atualização curricular dos cursos de saúde, é importante ressaltar a necessidade do fortalecimento de práticas de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista o cenário de insuficiência de informações em contextos de ensino formais para atuar na área

de crises advindas de uma pandemia, bem como a falta de serviços de saúde estruturados e organizados para uma resposta coesa e resolutiva para atender tal demanda. Evidenciaram-se nas entrevistas as dificuldades para lidar com a dinâmica de trabalho alterada pela pandemia, com impacto direto sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Frente ao atual cenário de maior recurso para tratamento e prevenção do agravo da COVID-19 com a ampliação do acesso às vacinas, é essencial que os serviços de saúde reconheçam na fase de recuperação da pandemia uma oportunidade de otimização dos processos de trabalho para resposta a possíveis novas fases de emergência em um contexto endêmico com consideração legítima de estratégias de atenção psicossocial voltadas para a mitigação de impactos, reações e consequências negativas de uma crise sanitária, assim como, a consolidação de espaços de educação permanente para profissionais de saúde que os instrumentalize de recursos para o manejo de situações que envolvam crises comunitárias e fortalecimento de fatores de proteção para a saúde mental no contexto de trabalho.

Sugere-se ainda, pesquisas futuras sobre os impactos da covid longa sobre a saúde global da população afetada e a avaliação da aplicação da tecnologia social desenvolvida pelo grupo “Vínculos e Reflexões” em grupos de luto independente da COVID-19 buscando identificar ainda se há diferenças significativas entre o modo online e presencial.

Em suma, os objetivos estabelecidos inicialmente foram alcançados e o estudo cumpriu seu papel de descrever uma intervenção grupal para familiares enlutados pela COVID-19 como uma possível ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia e realizar uma avaliação da percepção das facilitadoras do impacto dessa tecnologia psicossocial sobre os participantes e sobre o processo de trabalho dos profissionais.

Por fim, não podemos deixar de destacar a importância da Universidade e, portanto, da ciência e seu compromisso social na mitigação do impacto de uma pandemia com tantos desdobramentos e geradora de tantos sofrimentos. O protagonismo da Universidade nas ações de apoio psicossocial e saúde mental serviram de inspiração para outras instituições e ampliou o processo de cuidado da comunidade. Como pesquisadora, facilitadora dos grupos e profissional da linha de frente, gostaria de compartilhar que senti orgulho de fazer parte dessa resposta coletiva. Que possamos continuar promovendo mais vínculos e mais reflexões para o fortalecimento da abordagem de cuidados paliativos de forma integral.

Referências

- Afonso, S. B. C., & Minayo, M. C. S. (2013). Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2729-2732.
- Ainsworth, M. C. (1988). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Routledge.
- Alexander, F. A. A., Pappas, C. S., Amoroso, A., Lee, R. N., Brown-Henley, R. N., Memiah, H., O'Neill, M. P. H., Dix, M. A., & Redfield, R. R. (2015). Implementation of HIV Palliative Care: Interprofessional Education to Improve Patient Outcomes in Resource-Constrained Settings, 2004–2012. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 350–361. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.03.021>
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2762–2764. <https://doi.org/10.1111/jocn.15314>

- Allen Watts, K., Malone, E., Dionne-Odom, J. N., McCammon, S., Currie, E., Hicks, J., Tucker, R. O., Wallace, E., Elk, R., & Bakitas, M. (2021). Can you hear me now?: Improving palliative care access through telehealth. *Research in Nursing & Health*, 44(1), 226–237. <https://doi.org/10.1002/nur.22105>
- Almeida, P. F. (2020). A relação entre o enfermeiro e o paciente nos cuidados paliativos oncológicos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 1465-1483.
- Almondés, K. M. (2013). Psicologia da saúde e cronobiologia: diálogo possível? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 645-655.
- Alves, R. F. (Org.) (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB. Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de profesionales em el campo de la salud: estudio antropológico comparativo em Brasil, España y Portugal*. (Tese de doutorado). Universidad de Granada, Granada, España.
- Alves, R. F. & Eulálio, M. do C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 65-88). Edupeb.
- Anantham, D., Chai-Lim, C., Zhou, J. X., & Phua, G. C. (2020). Operationalization of critical care triage during a pandemic surge using protocolized communication and integrated supportive care. *Journal of Intensive Care*, 8(1), 1–59. <https://doi.org/10.1186/s40560-020-00475-y>
- Andrade, L. E. L. (2017). Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde em Debate*, 41, 812-823.
- Antoniassi, R. P. N., Rodacoski, G. C., & Figel, F. C. (2019). Proposta de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma secretaria municipal de saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(2), 11-25.
- Aquino, N. C. G., & Sei, M. B. (2020). Fatores terapêuticos em grupos abertos: um estudo qualitativo. *Vínculo*, 17(1), 97-118.
- Arango, C. (2020). Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: how COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. *Biological Psychiatry*.
- Arantes, A. C. Q. (2016). *A morte é um dia que vale a pena viver*. Casa da Palavra.
- Arku, G., & Luginaah, I. N. (2015). “My House Is the Hospital”: Housing and Health and Wellbeing among Persons Living with HIV/AIDS in Northern Malawi. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26(4), 1246–1264. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0125>
- Arons, M. M., Hatfield, K. M., Reddy, S. C., Kimball, A., James, A., Jacobs, J. R., Taylor, J., Spicer, K., Bardossy, A. C., Oakley, L. P., Tanwar, S., Dyal, J. W., Harney, J., Chisty, Z., Bell, J. M., Methner, M., Paul, P., Carlson, C. M., McLaughlin, H. P., ... Jernigan, J. A. (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *New England Journal of Medicine*, 382(22), 2081–2090. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2008457>
- Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B., & Downar, J. (2020). Pandemic palliative care: beyond

- ventilators and saving lives. *Canadian Medical Association Journal*, 192(15), E400–E404. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200465>
- Aughterson, H., McKinlay, A. R., Fancourt, D., & Burton, A. (2021). Psychosocial impact on frontline health and social care professionals in the UK during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(2), e047353–e047353. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047353>
- Ballal, D., Gulia, S., & Gulia, A. (2020). The psychosocial implications on cancer patients: The hidden collateral of the war on coronavirus disease 2019. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 126–129. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_203_20
- Bam, N. E., & Naidoo, J. R. (2014). Nurses experiences in palliative care of terminally-ill HIV patients in a level 1 district hospital. *Curationis (Pretoria)*, 37(1), 1238. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1238>
- Bandura, A., Blanchard, E., & Ritter, B. (1969). The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of personality and social psychology*, 13, 173-199.
- Barbosa, P. C. (2006). A Evolução nos Rituais de morte e sua importância na consciencialização deste fenômeno. *Lusitana Psicologia*, 1(3), 323-334.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Beghi, E., Helbok, R., Ozturk, S., Karadas, O., Lisnic, V., Grosu, O., Kovács, T., Dobronyi, L., Bereczki, D., Cotelli, M., Turla, M., Davidescu, E. I., Popescu, B. O., Valzania, F., Cavallieri, F., Ulmer, H., Maia, L. F., Amodt, A. H., Armon, C., Brola, W., Victoria, G., & Riahi, A. (2022). Short- and long-term outcome and predictors in an international cohort of patients with neuro-COVID-19. *European journal of neurology*, 1-22.
- Bergenholtz, H., Timm, H. U., & Missel, M. (2019). Talking about end of life in general palliative care – what’s going on? A qualitative study on end-of-life conversations in an acute care hospital in Denmark. *BMC Palliat Care*, 18(1), 62-70.
- Billings, J., Greene, T., & Kember, T. (2020). Supporting hospital staff during COVID-19: early interventions. *Occupational Medicine*, 70(5), 327-329.
- Biswas, S., Adhikari, S., & Bhatnagar, S. (2020). Integration of telemedicine for home-based end-of-life care in advanced cancer patients during nationwide lockdown: A case series. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 176–178. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_174_20
- Bittencourt, N. C. C.M. (2021). Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. *Escola Anna Nery*, 25.
- Bloomer, M. J., & Walshe, C. (2021). Smiles behind the masks: A systematic review and narrative synthesis exploring how family members of seriously ill or dying patients are supported during infectious disease outbreaks. *Palliative Medicine*, 35(8), 1452–1467. <https://dx.doi.org/10.1177/02692163211029515>
- Bollig, G., Meyer, S., Knopf, B., Schmidt, M., & Bauer, E. H. (2021). First experience with

- Online last aid course for public palliative care education during the COVID-19 pandemic. Healthcare, 9(172), 1-12.*
- Bollig, G., Pothmann, R., Mainzer, K., & Fiedler, H. (2020). Children and Teenagers Want to Talk About death and Dying—Experiences from Pilot-Courses Last Aid for Kids/Teens from 8–16 Years. *Palliativmedizin, 21*, 253–259.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2014). Reflexões Epistemológicas sobre o SUS e Atuação do Psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão, 34(3)*, 745–760.
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001052013>
- Bone, A. E., Finucane, A. M., Leniz, J., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications. *Palliative Medicine, 34(9)*, 1193–1201.
<https://doi.org/10.1177/0269216320944810>
- Bonk, C. J., Lee, M. M., Kou, X., Xu, S., & Feng-Ru, S. (2015) Understanding the self-directed online learning preferences, goals, achievements, and challenges of MIT OpenCourseWare Subscribers. *Educational Technology & Society, 18(2)*, 349–65.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. A natureza do vínculo*. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E.J. Anthony (Ed.), *The child in his family* (pp. 197-216). Wiley.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda. A natureza do vínculo*. Martins Fontes.
- Boyle, R., & McDowell-Burns, M. (2016). *Couple, marriage and family therapy supervision*. Springer.
- Breen, L. J., Lee, S. A., & Neimeyer, R. A. (2021). Psychological Risk Factors of Functional Impairment After COVID-19 Deaths. *J Pain Symptom Manage, 61(4)*, e1–e4.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.006>
- Brito, F. M. (2017). Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. *RPCFO, 9(1)*, 215-221.
- Buitrago-Garcia, D., Egli-Gany, D., Counotte, M. J., Hossmann, S., Imeri, H., Ipekci, A. M., Salanti, G., & Low, N. (2020). Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine, 17(9)*, 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003346>
- Burke, R. M., Midgley, C. M., Dratch, A., Fenstersheib, M., Haupt, T., Holshue, M., Ghinai, I., Jarashow, M. C., Lo, J., McPherson, T. D., Rudman, S., Scott, S., Hall, A. J., Fry, A. M., & Rolfes, M. A. (2020). Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 — United States, January–February 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69(9)*, 245–246.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6909e1>
- Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 17(1)*, 77-93.

- Butt, C. (2021). Aspects of Palliative Care Nursing in the Time of COVID-19. *Aquichan*, 21(1), 1–3. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.1.1>
- Byambasuren, O., Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M. L., & Glasziou, P. (2020). Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada*, 5(4), 223–234. <https://doi.org/10.3138/jammi-2020-0030>
- Camargo-Borges, C., Cardoso, C. L. (2015). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32.
- Campillo, M. (2009). *Terapia narrativa: Autoaprendizaje y Co-aprendizaje Grupal*. México: Ediciones Olline.
- Cancer Control: Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. (2019). In *Knowledge into Action*. <https://doi.org/10.4324/9781315224282>
- Capitão, C. G. & Baptista, M. N. (2015). Avaliação psicológica da Saúde: um campo em construção. Em Baptista, M. N., & Dias, R. R. *Psicologia Hospitalar, teoria, aplicações e casos clínicos* (pp 1-13).
- Cardoso, É. A. de O., Silva, B. C. de A. da, Santos, J. H. dos, Lotério, L. dos S., Accoroni, A. G., & Santos, M. A. dos. (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families TT - Efectos de la supresión de rituales fúnebres durante la pandemia de COVID-19 en familiares enlutados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4519.3361>
- Care, W. H. O. E. C. on C. P. R. and A. S., & Organization, W. H. (1990). *Cancer pain relief and palliative care : report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>
- Carr, D. (2019). Who's to Blame? Perceived Responsibility for Spousal Death and Psychological Distress among Older Widowed Persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 359-375.
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4), 425-431.
- Carvalho, A. M., Faria, C., Semeão, I., & Martinho, S. M. (2021). Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era-The Experience of a Palliative Care Team in Portugal. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 624665. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624665>
- Cassorla, R. M. S. (1992). Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In M. J. Kovács(Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 90-110). São Paulo, SP: Casa doPsicólogo.
- Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48–57. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932004000300007>
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha,

- K. V. M. S. ... Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: The first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, 394(10195), 345-356.
- Castro, M. C. F. de, Fuly, P. dos S. C., Santos, M. L. S. C. dos, & Chagas, M. C. (2021). Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
- CDC. (2020). The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020[J]. *China CDC Weekly*, 2(8): 113-122. doi: 10.46234/ccdcw2020.032. 2(8), 113–122.
- Chen, Q., Liang, M., & Li, Y. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 15-16.
- Chen, T., Wu, D., Chen, H., Yan, W., Yang, D., Chen, G., Ma, K., Xu, D., Yu, H., Wang, H., Wang, T., Guo, W., Chen, J., Ding, C., Zhang, X., Huang, J., Han, M., Li, S., Luo, X., ... Ning, Q. (2020). Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: Retrospective study. *The BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1091>
- Cimini, F., Julião, N. A., Souza, A., Ferreira, J. V. S., & Figueiredo, G. R. (2020). Análise das primeiras respostas políticas do Governo Brasileiro para o enfrentamento da COVID-19. *Cedeplar UFMG*, 13.
- Clarke, C., Predecki, M., Dhutia, A., Ali, M. A., Sajjad, H., Shivakumar, O., Lightstone, L., Kelleher, P., Pickering, M. C., Thomas, D., Charif, R., Griffith, M., McAdoo, S. P., & Willicombe, M. (2020). High Prevalence of Asymptomatic COVID-19 Infection in Hemodialysis Patients Detected Using Serologic Screening. *Journal of the American Society of Nephrology*, 31(9), 1969–1975. <https://doi.org/10.1681/ASN.2020060827>
- Coast, J., Bailey, C., Canaway, A., & Kinghorn, P. (2021). “It is not a scientific number it is just a feeling”: Populating a multi-dimensional end-of-life decision framework using deliberative methods. *Health Economics*, 30(5), 1033–1049. <https://doi.org/10.1002/hec.4239>
- Cogo, S. B., & Lunardi, V. L. (2018). Diretivas antecipadas: uma análise documental no contexto mundial. *Contexto de Enfermagem*, 27(3), 1-9.
- Collini, A., Parker, H., & Oliver, A. (2021). Training for difficult conversations and breaking bad news over the phone in the emergency department. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 38(2), 151–154. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-210141>
- Conselho Federal de Medicina (2012). *Resolução nº 1.995 Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes*. Disponível em: [ttp://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2001). (21ª ed.). Saraiva.
- Costa, N. R., Bellas, H., Silva, P. R. F., Carvalho, P. V. R., Uhr, D., Vieira, C., & Jatobá, A. (2021). *Insegurança e medo na atenção primária: os agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil*. Editora FIOCRUZ.
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021). Conjuntura na Saúde: Contribuições para e da

- Psicologia a Partir do Marxismo. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(1), 157-171.
- Crepaldi, M. A., & Lisboa, M. L. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, 13, 97-109.
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A., Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1-12.
- Crivelenti, L. R. de M. P., Frazão, M. M. N., Maia, M. P. de M., Gomes, F. H. R., & de Carvalho, L. M. (2021). Chronic arthritis related to SARS-CoV-2 infection in a pediatric patient: A case report. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 25(3), 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101585>
- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (2011). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Damani, A., Ghoshal, A., Rao, K., Singhai, P., Rayala, S., Rao, S., Ganpathy, K., Krishnadasan, N., Verginia (Retd. Army), L., Vallath, N., Palat, G., Venkateswaran, C., S, J., Matthews, L., Macaden, S., Muckaden, M., Simha, S., Salins, N., Johnson, J., ... Bhatnagar, S. (2020). Palliative care in coronavirus disease 2019 pandemic: Position statement of the Indian association of palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 3–7. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_207_2
- Daniel, S., Venkateswaran, C., Sunder, P., Nair, S., Chittazhathu, R., Manuel, A., Raghavan, B., M M, S., Rijju, V., Vijay, G., Rao, S., Prabhu, A., Parameswaran, U., Spruijt, O., Rajagopal, M., & Leng, M. (2020). Responding to palliative care training needs in the coronavirus disease 2019 era: The context and process of developing and disseminating training resources and guidance for low- and middle-income countries from Kerala, South India. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 8–16. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_131_20
- Dantas, C. R., Azevedo, R. C. S., Vieira, L. C., Côrtes, M. T. F., Federman, A. L. P., Cucco, L. M., Rodrigues, L. R., Domingues, J. F. R., Dantas, J. E., Portella, I. P., & Cassorla, R. M. S. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios docuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533.
- Davies, A., & Hayes, J. (2020). Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clinical Medicine*, 20(3), 274–277. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0157>
- DeBoer, R. J., Mutoniwase, E., Nguyen, C., Ho, A., Umutesi, G., Nkusi, E., Sebahungu, F., Van Loon, K., Shulman, L. N., & Shyirambere, C. (2021). Moral Distress and Resilience Associated with Cancer Care Priority Setting in a Resource-Limited Context. *The Oncologist*, 26(7), e1189–e1196. <https://doi.org/10.1002/onco.13818>
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. (n.d.). *The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial*. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
- Dhavale, P., Koparkar, A., & Fernandes, P. (2020). Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19. *Indian Journal Palliative Care*, 26(Suppl 1), S58–S62. https://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_149_20

- Digby, R., Winton-Brown, T., Finlayson, F., Dobson, H., & Bucknall, T. (2021). Hospital staff well-being during the first wave of COVID-19: Staff perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 440–450. <https://doi.org/10.1111/inm.12804>
- Diário Oficial da União (1990a). *Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Diário Oficial da União (1990b). *Lei n. 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
- Downar, J., & Kekewich, M. (2021). Improving family access to dying patients during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 9(4), 335–337. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00025-4)
- Endomba, F. T., Wafeu, G. S., Efon-Ekangouo, A., Djune-Yemeli, L., Donfo-Azafack, C., Nana-Djeunga, H. C., & Kamgno, J. (2020). Support for families of isolated or deceased COVID-19 patients in sub-Saharan Africa. *Health Psychology Open*, 7(2), 2055102920975293–2055102920975293. <https://doi.org/10.1177/2055102920975293>
- Eustace, R. W. (2013). A discussion of HIV/AIDS family interventions: implications for family-focused nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1660–1672. <https://doi.org/10.1111/jan.12006>
- Everly, G. S. J., Lee McCabe, O., & Semon, N. L. (2020). The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *Journal of Public Health Practice*, 20(15), 24–29.
- Fang, X. H., Wu, L., Lu, L. S., Kan, X., Wang, H., Xiong, Y., Ma, D., & Wu, G. (2021). Mental health problems and social supports in the COVID-19 healthcare workers: a Chinese explanatory study. *BMC Psychiatry*, 21(34), 2–8.
- Favas, T. T., Dev, P., Chaurasia, R. N., Chakravarty, K., Mishra, R., Joshi, D., Mishra, V. N., Kumar, A., Singh, V. K., Pandey, M., & Pathak, A. (2020). Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of proportions. In *Neurological Sciences* (Vol. 41, Issue 12). <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04801-y>
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., ... Ghani, A. (2020). *Report 9: impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*. Imperial College.
- Fernández-Castillo, R., González-Caro, M., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26(5), 397–406. <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
- Figueiredo, J. F. (2018). Qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 8, 1–8.
- Figueiredo, M. das G. (2008). *Temas em Psico-oncologia* (1ª). Summus Editorial.
- Finsterer, J. (2022). The Broad Spectrum of Neuro-Radiological Abnormalities in Patients Infected with SARS-CoV-2 Supports the Diagnosis of Neuro-COVID-19. *Korean Journal of Radiology*, 23(1), 150–152.

- Flor, T. B. M., Cirilo, E. T., Lima, R. R. T., Sette-de-Souza, P. H., & Noro, L. R. A. (2019). Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 27(3), 921-936.
- Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Souza, L. C. de, Flor, A. C., Nogueira, V. P., Moreira, T. M. M., Salvetti, M. de G., & Pessoa, V. L. M. de P. (2020). Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições TT - Cuidados paliativos en el contexto de la pandemia de COVID-19: desafíos y contribuciones TT - Palliative care amidst the COVID-19 pandemic: challenges and contributio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20200188–eAPE20200188.
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&
- Franchini, L., Varani, S., Ostan, R., Bocchi, I., Pannuti, R., Biasco, G., & Bruera, E. (2021). Home palliative care professionals' perception of challenges during the Covid-19 outbreak: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 35(5), 862–874.
<https://doi.org/10.1177/02692163211008732>
- Frans, J. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Hohns Hopkins University Press.
- Freire, M. E. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27, 1-10.
- Freitas, C. M. (2020). *A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por Covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês - Relatório técnico e sumário executivo*. Cepedes.
- Freitas, C. M., Barcellos, C., & Villela, D. A. M. (2021). *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Freud, S. (2011). *Luto e melancolia*. São Paulo. Cosac Naify.
- Fuchs, T. (2018). Presence in Absence. The Ambiguous Phenomenology of Grief. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 17, 43-63.
- Gonçalves, C. B., Pinto, I. C. de M., França, T., & Teixeira, C. F. (2019). A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Em Debate*, 43(spe1), 12–23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s101>
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (Número Especial), 115-122.
- Gorbenko, K., Franzosa, E., Masse, S., Brody, A. A., Sheehan, O., Kinoshian, B., Ritchie, C. S., Leff, B., Ripp, J., Ornstein, K. A., & Federman, A. D. (2021). “I felt useless”: a qualitative examination of COVID-19’s impact on home-based primary care providers in New York. *Home Health Care Services Quarterly*, 1–15.
<https://doi.org/10.1080/01621424.2021.1935383>
- Greenhalgh, T., Knight, M., A’Court, C., Buxton, M., & Husain, L. (2020). Management of post-acute covid-19 in primary care. *The BMJ*, 370. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>
- Guasp, M., Muñoz-Sánchez, G., Martínez-Hernández, E., Santana, D., Carbayo, A., Naranjo, L., Bolós, U., Framil, M., Saiz, A., Balasa, M., Ruiz-García, R., & Sánchez-Valle, R. (2022). CSF Biomarkers in COVID-19 Associated Encephalopathy and Encephalitis

Predict Long-Term Outcome. *Frontiers in immunology*, 13(4), 1-10.

- Ham, L., Fransen, H. P., van den Borne, B., Hendriks, M. P., van Laarhoven, H. W., van der Padt-Pruijsten, A., Raijmakers, N., van Roij, J., Sommeijer, D. W., Vriens, B. E., van Zuylen, L., & van de Poll-Franse, L. (2021). Bereaved relatives' quality of life before and during the COVID-19 pandemic: Results of the prospective, multicenter, observational eQuiPe study. *Palliative Medicine*, 35(8), 1502–1507. <https://doi.org/10.1177/02692163211034120>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout and patient safety: a systematic review. *PLoS One*, 11(7).
- Hanna, J. R., Rapa, E., Dalton, L. J., Hughes, R., McGlinchey, T., Bennett, K. M., Donnellan, W. J., Mason, S. R., & Mayland, C. R. (2021). A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(5), 843–851. <https://doi.org/10.1177/02692163211004210>
- Hanna, J. R., Rapa, E., Dalton, L. J., Hughes, R., Quarmby, L. M., McGlinchey, T., Donnellan, W. J., Bennett, K. M., Mayland, C. R., & Mason, S. R. (2021). Health and social care professionals' experiences of providing end of life care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 35(7), 1249–1257. <https://doi.org/10.1177/02692163211017808>
- Harasym, P., Brisbin, S., Afzaal, M., Sinnarajah, A., Venturato, L., Quail, P., Kaasalainen, S., Straus, S. E., Sussman, T., Virk, N., & Holroyd-Leduc, J. (2020). Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open*, 10(8), e037466–e037466. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037466>
- Harasym, P. M., Afzaal, M., Brisbin, S., Sinnarajah, A., Venturato, L., Quail, P., Kaasalainen, S., Straus, S., Sussman, T., Virk, N., & Holroyd-Leduc, J. M. (2021). Multi-disciplinary supportive end of life care in long-term care: an integrative approach to improving end of life. *BMC Geriatrics*, 21(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02271-1>
- Harding, R., Stewart, K., Marconi, K., O'Neill, J. F., & Higginson, I. J. (2003). Current HIV/AIDS end-of-life care in sub-Saharan Africa: A survey of models, services, challenges and priorities. *BMC Public Health*, 3, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-3-33>
- Harvey, W. T., Carabelli, B., & Jackson, B. (2021). SARS-CoV-2 variants, spike mutations and immune scape. *Nature Reviews Microbiology*, 19(7), 409-424.
- He, X., Lau, E. H. Y., Wu, P., Deng, X., Wang, J., Hao, X., Lau, Y. C., Wong, J. Y., Guan, Y., Tan, X., Mo, X., Chen, Y., Liao, B., Chen, W., Hu, F., Zhang, Q., Zhong, M., Wu, Y., Zhao, L., ... Leung, G. M. (2020). Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nature Medicine*, 26(5), 672–675. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>
- Health Organization Regional Office for Europe, W. (n.d.). *World Health Organization Regional Office for Europe Better Palliative Care for Older People ABSTRACT*. Retrieved February 28, 2022, from www.euro.who.int

- Helton, G., Wolfe, J., & Snaman, J. M. (2020). Definitely Mixed Feelings: The Effect of COVID-19 on Bereavement in Parents of Children Who Died of Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(5), e15–e20. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.035>
- Herbert, R. S., Prigerson, H. G., Schulz, R., et al., (2006). Preparing Caregivers for the Death of a Loved One: A Theoretical Framework and Suggestions for Future Research. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1164-1171.
- Hirakawa, Y., Saif-Ur-Rahman, K. M., Aita, K., Nishikawa, M., Arai, H., & Miura, H. (2021). Implementation of advance care planning amid the COVID-19 crisis: A narrative review and synthesis. *Geriatrics & Gerontology International*, 21(9), 779–787. <https://doi.org/10.1111/ggi.14237>
- Hofman, A., Zajdel, N., Klekowski, J., & Chabowski, M. (2021). Improving Social Support to Increase QoL in Lung Cancer Patients. *Cancer Management and Research*, 13, 2319–2327. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S278087>
- Hofmeyer, A., & Taylor, R. (2021). Strategies and resources for nurse leaders to use to lead with empathy and prudence so they understand and address sources of anxiety among nurses practising in the era of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1–2), 298–305. <https://doi.org/10.1111/jocn.15520>
- Holdsworth, L., Mui, H., Winget, M., & Lorenz, K. (2021). “Never Waste A Good Crisis”: A Qualitative Study of Programmatic Challenges, Opportunities, and Gaps Illuminated by the COVID-19 Pandemic in Seven Hospital Systems (SCI912). *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(3), 675–676. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.075>
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331-335.
- Horowitz, M. J., Bonnano, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-227.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*, 121, 104000. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>
- Hughes, F. A. (2020). H1N1 pandemic planning in a mental health residential facility. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 48(3),37-41.
- Isaacs, D., Britton, P. N., & Preisz, A. (2020). Ethical reflections on the COVID-19 pandemic: The epidemiology of panic. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 56(5), 690-691.

- Jacobsen, M. H., & Petersen, A. (2020). The Return of Death in Times of Uncertainty—A Sketchy Diagnosis of Death in the Contemporary ‘Corona Crisis.’ *Social Sciences (Basel)*, 9(8), 131. <https://doi.org/10.3390/socsci9080131>
- Jeitziner, M., Camenisch, S. A., Jenni-Moser, B., Schefold, J. C., & Zante, B. (2021). End-of-life care during the COVID-19 pandemic—What makes the difference? *Nursing in Critical Care*, 26(3), 212–214. <https://doi.org/10.1111/nicc.12593>
- Johns, L., Blackburn, P., & McAuliffe, D. (2020). COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the role of social work. *International Social Work*, 63(5), 660–664. <https://doi.org/10.1177/0020872820941032>
- Jun, J., Tucker, S., & Melnyk, B. M. (2020). Clinician mental health and well-being during global healthcare crises: evidence learned from priors epidemics for COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 182-184.
- Kahn, A. M., & Andrews, R. (2020). Cancer and COVID-19: how understanding grief helps the pandemic frontlines. *Current Oncology*, 27(4), e440–e441. <https://dx.doi.org/10.3747/co.27.6777>
- Kantonen, J., Mahzabin, S., Mäyränpää, M. I., Tynninen, O., Paetau, A., Andersson, N., Sajantila, A., Vapalahti, O., Carpén, O., Kekäläinen, E., Kantele, A., & Myllykangas, L. (2020). Neuropathologic features of four autopsied COVID-19 patients. *Brain Pathology*, 30(6), 1012–1016. <https://doi.org/10.1111/bpa.12889>
- Kates, J., Gerolamo, A., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2021). The impact of COVID-19 on the hospice and palliative care workforce. *Public Health Nursing*, 38(3), 459–463. <https://doi.org/10.1111/phn.12827>
- Kates, J., Gerolamo, A., Shang, J., & Pogorzelska-Maziarz, M. (2021). “They Can’t Even Wipe Away Tears Due to the PPE”: Results of a COVID-19 Hospice and Palliative Care Workforce Survey (SCI901). *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(3), 669–670. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.065>
- Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S., Ellis, L., Polson, R., & O’Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*, 21, 1-18.
- Koutroumanidis, M., Gratwicke, J., Sharma, S., Whelan, A., Tan, S. V., & Glover, G. (2021). Alpha coma EEG pattern in patients with severe COVID-19 related encephalopathy. *Clinical Neurophysiology*, 132(1), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.09.008>
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: Do interdito à comunicação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 482–503. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932011000300005>
- Kristensen, P., Weisaeth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry*, 75(1), 76-97.
- Kruse, C., Fohn, J., Wilson, N., Nunez Patlan, E., Zipp, S., & Mileski, M. (2020). Utilization Barriers and Medical Outcomes Commensurate With the Use of Telehealth Among

- Older Adults: Systematic Review. *JMIR Medical Informatics*, 8(8), e20359–e20359. <https://doi.org/10.2196/20359>
- Kubler-Ross, E. (1998). *A roda da vida* (3ª Edição). Sextante.
- Kubler-Ross, E. (2011). *Sobre a morte e o morrer* (2ª Edição). Martins Fontes.
- Kumar, Y. (2019). Understanding the frontiers of human longevity in India: Imperative and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(3), 455–461. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_20_19
- Kursumovic, E., Lennane, S., & Cook, T. M. (2020). Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. *Anaesthesia*, 75(8), 989-992.
- Lacasta-Reverte, M. A., Torrijos Zarcero, M., López-Pérez, Y., Carracedo Sanchidrián, D., Pérez Manrique, T., Casado Sanmartín, C., Rocamora González, C., Blanco Rosado, L., Iglesias Gutiérrez, N., Vidal Bermejo, E., Trigo Varela, D., & Martí-Esquitino, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Medicina paliativa*, 27(3), 201–208. [https://www.medicinapaliativa.es/\(X\(1\)S\(qu2cyuaebj3fzqibjbd2jr0\)\)/impacto-emocional-en-pacientes-y-familiares-durante-la-pandemia-por-covid-19-un-duelo-diferente538](https://www.medicinapaliativa.es/(X(1)S(qu2cyuaebj3fzqibjbd2jr0))/impacto-emocional-en-pacientes-y-familiares-durante-la-pandemia-por-covid-19-un-duelo-diferente538)
- Lee, S. A., Neimeyer, R. A., & Breen, L. J. (2021). The Utility of the Pandemic Grief Scale in Identifying Functional Impairment from COVID-19 Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, (nd). <https://dx.doi.org/10.1089/jpm.2021.0103>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., ... Li, R., (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3, 1-12.
- Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., Azman, A. S., Reich, N. G., & Lessler, J. (2020). The incubation period of coronavirus disease 2019 (CoVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Annals of Internal Medicine*, 172(9), 577–582. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- Lázaro-Pérez, C. (2016). *La Conciencia en el Umbral del Tránsito: Experiencias Cercanas a la Muerte. Tese de Doutorado*. Espanha.
- Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., Gómez-Galán, J., & López-Meneses, E. (2020). Anxiety About the Risk of Death of Their Patients in Health Professionals in Spain: Analysis at the Peak of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5938. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165938>
- Leavell, S., & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw.
- Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., & Marques, M. C. da C. (2009). Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1193–1204. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000400025>
- Lehto, R. H., Heeter, C., Forman, J., Shanafelt, T., Kamal, A., Miller, P., & Paletta, M. (2020). Hospice Employees' Perceptions of Their Work Environment: A Focus Group Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,

17(17), 6147. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176147>

- Lin, C.-P., Boufkhed, S., Pai, A., Namisango, E., Luyirika, E., Sleeman, K., Costantini, M., Peruselli, C., Higginson, I., Ekstrand, M., Harding, R., Salins, N., & Bhatnagar, S. (2021). Preparedness and capacity of indian palliative care services to respond to the COVID-19 pandemic: An online rapid assessment survey. *Indian Journal of Palliative Care*, 27(1), 152–171. https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_429_20
- Liotta, E. M., Batra, A., Clark, J. R., Shlobin, N. A., Hoffman, S. C., Orban, Z. S., & Koralnik, I. J. (2020). Frequent neurologic manifestations and encephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 7(11), 2221–2230. <https://doi.org/10.1002/acn3.51210>
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., ... Wang, Y. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287, 1-21.
- Lordello, S. R., & Silva, I. M. (2021). The Grief Elaboration Process in the Pandemic Scenario: A Group Intervention. In *Intech: Vol. i* (Issue health, p. 13).
- Loureiro, J. C. (2008). Saúde no fim de Vida: entre o amor, o Saber e o Direito. *Revista Portuguesa de Bioética*, 4, 38-83.
- Lowe, S., Pereira, S. M., & Yardley, S. (2021). Communication in palliative care during the COVID-19 pandemic: Lessons from rapidly changing, uncertain, complex, and high-stake interventions. *Palliative Medicine*, 35(7), 1222–1224. <https://doi.org/10.1177/02692163211023208>
- Luiz, T. da S. C., Silva Filho, O. C. da, Ventura, T. C. C., & Dresh, V. (2020). Caixa de memórias: sobre possibilidades de suporte ao luto em unidade de terapia intensiva durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 479–480. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200079>
- M. Salazar, J. Barochiner, W. E. el. E. (2020). Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-. *Ann Oncol*, January, 2–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7254017/pdf/main.pdf>
- Machado, M. H. (2021). *Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil*. Fiocruz.
- Machado, M. H., Wermerlinger, M., Machado, A. V., Vargas, F. L., Pereira, E. J., & Filho, W. A. (2021). *Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de COVID-19: a realidade brasileira*. Fiocruz.
- Machado, M. E. C., & Kind, L. (2019). Tramas da psicologia da saúde no Brasil: uma análise com ferramentas da teoria ator-rede. *Psicologia em Revista*, 25(1), 199-218.
- Maddison, D. C., Viola, A., & Walker, W. L. (1969). Further studies in conjugal bereavement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 3, 63-66.
- Maddison, D. C., & Walker, W.L. (1967). Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1057-1067.

- Mahardika, G. N., Mahendra, N. B., Mahardika, B. K., Suardana, I. B. K., & Pharmawati, M. (2022). Annotating Spike Protein Polymorphic Amino Acids of Variants of SARS-CoV-2, Including Omicron. *Biochemistry Research International*, 1-7.
- Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(61), 1-10.
- Maiello, A. P., Coelho, F., Messias, A., & D'Alessandro, M. (2020). Manual de cuidados paliativos. *ARS MEDICA Revista de Ciências Médicas*, 23(3).
https://doi.org/10.11565/arsmed.v23i3.1048
- Makhele, M. F., & Mulaudzi, F. M. (2012). The experiences of Batswana families regarding hospice care of AIDS patients in the Bophirima district, North West province, South Africa. *SAHARA J : Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 9(2), 104–112. https://doi.org/10.1080/17290376.2012.683584
- Maldonado, G., & Cardoso, M.R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- Mao, L., Wang, M., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Hu, Y., Li, Y., Jin, H., & Hu, B. (2020). Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Case Series Study. *SSRN Electronic Journal*. https://doi.org/10.2139/ssrn.3544840
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matta, G. C. (2007). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. EPSJV/FIOCRUZ.
- Maritz, J. H., & Pathak, V. (2021). Palliative medicine in intensive care unit during a pandemic. *Official Organ of Indian Chest Society*, 38(3), 258–262.
https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_630_20
- Mayland, C. R., Hughes, R., Lane, S., McGlinchey, T., Donnellan, W., Bennett, K., Hanna, J., Rapa, E., Dalton, L., & Mason, S. R. (2021). Are public health measures and individualised care compatible in the face of a pandemic? A national observational study of bereaved relatives' experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(8), 1480–1491. https://dx.doi.org/10.1177/02692163211019885
- Mayland, C. R., Harding, A., Preston, N., & Payne, S. (2020). Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e33-e39.
- Mason, S., Piret, P., Elsner, F., Paye, C., Ling, J., Nogueira, A., & Mosoiu, D. (2020). Palliative care for all: an international health education challenge. *Palliative and Supportive Care*, 1-3.
- McCallum, K. J., Walthall, H., Aveyard, H., & Jackson, D. (2021). Grief and nursing: Life and death in the pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2115–2116.
https://doi.org/10.1111/jan.14815
- McIlfratrick, S., Hasson, F., McLaughlin, D., Johnston, G., Roulston, A., Rutherford, L., &

- Noble, H. (2013). Public awareness and attitudes toward palliative care in Northern Ireland. *BMC Palliative Care*, 12(1), 1-34.
- Menichetti Delor, J. P., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Fossati, I., & Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*, 56(4), 498–511. <https://doi.org/10.1002/ijop.12742>
- Ministério da Saúde. (2006). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* (2ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (1ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
- Mishra, S., Biswas, S., & Bhatnagar, S. (2020). Palliative care delivery in cancer patients in the era of Covid-19 outbreak: Unique needs, barriers, and tools for solutions. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 130–141. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_194_20
- Mistraletti, G., Giannini, A., Gristina, G., Malacarne, P., Mazzon, D., Cerutti, E., Galazzi, A., Giubbilo, I., Vergano, M., Zagrebelsky, V., Riccioni, L., Grasselli, G., Scelsi, S., Cecconi, M., & Petrini, F. (2021). Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Critical Care*, 25(1), 191. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03608-3>
- Mistraletti, G., Gristina, G., Mascarini, S., Iacobone, E., Giubbilo, I., Bonfanti, S., Fiocca, F., Fullin, G., Fuselli, E., Bocci, M. G., Mazzon, D., Giusti, G. D., Galazzi, A., Negro, A., De Iaco, F., Gandolfo, E., Lamiani, G., Del Negro, S., Monti, L., ... Petrini, F. (2020). How to communicate with families living in complete isolation. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002633>
- Mitchell, S., Maynard, V., Lyons, V., Jones, N., & Gardiner, C. (2020). The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 1(11), 1-11.
- Mitchinson, L., Dowrick, A., Buck, C., Hoerke, K., Martin, S., Vanderslott, S., Robinson, H., Rankl, F., Manby, L., Lewis-Jackson, S., & Vindrola-Padros, C. (2021). Missing the human connection: A rapid appraisal of healthcare workers' perceptions and experiences of providing palliative care during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(5), 852–861. <https://doi.org/10.1177/02692163211004228>
- Monteiro, J. L. M., & Nicolau, R. F. (2020). Um resgate histórico da psicossomática: de Freud aos pós-freudianos. *Revista Affectio Societatis*, 17(32), 59-85.
- Morris, S. E., Moment, A., & Thomas, J. L. (2020). Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e70-e74.
- Morris, T. H. (2019). Self-directed learning: a fundamental competence in a rapidly changing world. *International Review of Education*, 65(4), 633–53.

- Mubarak, N., Safdar, S., Faiz, S., Khan, J., & Jaafar, M. (2021). Impact of public health education on undue fear of COVID-19 among nurses: The mediating role of psychological capital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 544–552. <https://doi.org/10.1111/inm.12819>
- Mukhopadhyay, S., & Banerjee, D. (2021). Relevance of the Indian telemedicine guidelines 2020 in psychogeriatric care: A critical appraisal. *Journal of Geriatric Mental Health*, 8(1), 3.
- Munshi, L., Evans, G., & Razak, F. (2021). The case for relaxing no-visitor policies in hospitals during the ongoing COVID-19 pandemic. *Canadian Medical Association Journal*, 193(4), E135–E137. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202636>
- Muñoz-Sánchez, J. L., Sánchez-Gómez, M. C., Martín-Cilleros, M. V., Parra-Vidales, E., De Leo, D., & Franco-Martín, M.A. (2018). Addressing suicide risk according to different healthcare professionals in Spain: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-17.
- Nanda, S., Handa, R., Prasad, A., Anand, R., Zutshi, D., Dass, S. K., Bedi, P. K., Pahuja, A., Shah, P. K., & Sharma, B. (2021). Covid-19 associated Guillain-Barre Syndrome: Contrasting tale of four patients from a tertiary care centre in India. *American Journal of Emergency Medicine*, 39, 125–128. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.09.029>
- Nduwimana, E., Mukunzi, S., Ng, L. C., Kirk, C. M., Bizimana, J. I., & Betancourt, T. S. (2017). Mental Health of Children Living in Foster Families in Rural Rwanda: The Role of HIV and the Family Environment. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1518–1529. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1482-y>
- Neimeyer, R.A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558
- Nelson-Becker, H., & Victor, C. (2020). Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. *Journal of Aging Studies*, 55, 100878. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100878>
- Ng, Q. X., Deyn, M. L. Z. Q. D., Lim, D. Y., Chan, H. W., & Yeo, W. S. (2020). The wounded healer: A narrative review of the mental health effects of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. *Asian Journal of Psychiatry*, 54(1).
- Noal, D. S., Freitas, C. M., Passos, M. F. D., Serpeloni, F., Melo, B. D., Kadri, M. R. A., Pereira, D. R., Souza, M. S., Magrin, N. P., Kabad, J. F., Meneses, S. S., Lima, C. C., & Rezende, M. J. (2020). Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. *Saúde em Debate*, 44(4), 293-305.
- Noal, D. S., Passos, M. F. D., Melo, B. D., Freitas, C. M., Kabad, J. F., Magrin, N. P., Souza, M. S., Kadri, M. R., Lima, C. C., Serpeloni, F., Pereira, D. R., Meneses, S. S., & Schmidt, B. (2021). *Produção, Disseminação e Pronta Resposta de Amplo Acesso para Equipes de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19*. Fundação Oswaldo Cruz.
- Nouvet, E., Bezanson, K., Hunt, M., Kouyaté, S., Schwartz, L., Diallo, F. B., de Laat, S., Bah-Sow, O. Y., Diallo, A. A., & Diallo, P. (2021). Dying in honour: experiences of end-of-life palliative care during the 2013–2016 Ebola outbreak in Guinea. *Journal of*

International Humanitarian Action, 6(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s41018-021-00099-3>

- Nyatanga, B. (2021). When death is part of us: supporting community nurses during the COVID-19 pandemic. *British Journal of Community Nursing*, 26(3), 150–151. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.3.150>
- Oforu-Poku, R., Anyane, G., Agbeko, A. E., Dzaka, A. D., Owusu-Ansah, M., Appiah, M. O., & Spangenberg, K. (2020). Preparing a young palliative care unit for the COVID-19 pandemic in a teaching hospital in Ghana. *Palliat Support Care*, 18(4), 400–402. <https://dx.doi.org/10.1017/S1478951520000498>
- Oliveira, L. S. (2020). Psicologia e pandemia: atendimentos online como possibilidade de cuidado. *Diaphora*, 9(3), 9-14.
- Oliver, A., Galiana, L., Simone, G. de, Tomás, J. M., Arena, F., Linzitto, J., Grance, G., & Sansó, N. (2021). Palliative Care Professionals' Inner Lives: Cross-Cultural Application of the Awareness Model of Self-Care. *Healthcare*, 9(1), 81. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010081>
- Oltmann, C., Otis-Green, S., Blackburn, P., Maasdorp, V., & Urbano, E., Lema, D., Thomas, P., Roulston, A., Firth, P., & Remke, S. (2021). International Collaboration in the Time of COVID-19: The World Hospice and Palliative Care Social Work Network. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17(2–3), 137–145. <https://dx.doi.org/10.1080/15524256.2021.1896627>
- Orellana, J. D. Y. (2020). Explosion in mortality in Amazonia epicenter of the Covid-19 epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7).
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Definição de cuidados paliativos*. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Henrique, F., & Kessler, P. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los profesionales de la salud. *CSP Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1–9.
- Orr, F., Kelly, M., Virdun, C., Power, T., Phillips, A., & Gray, J. (2021). The development and evaluation of an integrated virtual patient case study and related online resources for person-centred nursing practice. *Nurse Education in Practice*, 51, 102981. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102981>
- Pai, R., Nayak, M., & Sangeetha, N. (2020). Palliative care challenges and strategies for the management amid COVID-19 pandemic in India: Perspectives of palliative care nurses, cancer patients, and caregivers. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 121–125. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_182_20
- Paladino, L., Sharpe, R. P., Galwankar, S. C., Sholevar, F., Marchionni, C., Papadimos, T. J., Paul, E., Hansoti, B., Firstenberg, M., Garg, M., Watson, M., Baxter, R. A., & Stawicki, S. P. (2017). Reflections on the Ebola Public Health Emergency of International Concern, Part 2: The Unseen Epidemic of Posttraumatic Stress among Health-care Personnel and Survivors of the 2014–2016 Ebola Outbreak. *Journal of Global Infectious*

Diseases, 9(2), 45–50. https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_24_17

- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness. Part I. A clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. Part II. A classification of bereavement reactions. *British Journal Medical Psychology*, 38, 1-26.
- Parkes, C. M. (2006). *Love and loss: The roots of grief and its complications*. London: Routledge.
- Parkes, C. M. (2010). Grief: lessons from the past, visions for the future. *Psychologica Belgica*, 50, 7-26.
- Parkes, C. M. (2010). Grief: lessons from the past, visions for the future. *Psychologica Belgica*, 50, 7-26.
- Parks, J. A., & Howard, M. (2021). Dying well in nursing homes during COVID-19 and beyond: The need for a relational and familial ethic. *Bioethics*, 35(6), 589–595. <https://doi.org/10.1111/bioe.12881>
- Patterson, P., McDonald, F. E. J., Kelly-Dalgety, E., Lavorgna, B., Jones, B. L., Sidis, A. E., & Powell, T. (2021). Development and evaluation of the Good Grief program for young people bereaved by familial cancer. *BMC Palliative Care*, 20(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00752-z>
- Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 102862. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102862>
- Pfeiffer, K., Theurer, C., Büchele, G., Babac, A., Dick, H., & Wilz, G. (2021). Relieving distressed caregivers (ReDiCare study): study protocol of a randomized pragmatic trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01941-w>
- Philipp, R., Kalender, A., Härter, M., Bokemeyer, C., Oechsle, K., Koch, U., & Vehling, S. (2021). Existential distress in patients with advanced cancer and their caregivers: study protocol of a longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 11(4), e046351–e046351. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046351>
- Piccini, C. F., Steffani, J. A., Bonamigo, E. L., Bortoluzzi, M. C., & Schlemper, B. R. (2011). Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. *Revista Bioethikos*, 5(4), 384-391.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I., & Gray, J.A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitivebehavioural therapy for anxiety and depression in primary care; randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Pruthi, M., & Chanana, G. (2020). Palliative care for COVID-19: Let Us be Prepared. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(5), 181–183. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_123_20
- Quintanas, A. (2010). El tabú de la muerte y la biopolítica según M. Foucault. *Revista Internacional Filosofía*, 51, 171–182

- Rabow, M. W., Huang, C.-H. S., White-Hammond, G. E., & Tucker, R. O. (2021). Witnesses and Victims Both: Healthcare Workers and Grief in the Time of COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 647–656. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.139>
- Rao, A., Zaaqoq, A. M., Kang, I. G., Vaughan, E. M., Flores, J., Avila-Quintero, V. J., Alnababteh, M. H., Kelemen, A. M., & Groninger, H. (2021). Palliative Care for Patients on Extracorporeal Membrane Oxygenation for COVID-19 Infection. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(7), 854–860. <https://dx.doi.org/10.1177/10499091211001009>
- Rao, H., Mancini, D., Tong, A., Khan, H., Santacruz Gutierrez, B., Mundo, W., Collings, A., & Cervantes, L. (2021). Frontline interdisciplinary clinician perspectives on caring for patients with COVID-19: a qualitative study. *BMJ Open*, 11(5), e048712–e048712. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048712>
- Rao, S. R., Spruijt, O., Sunder, P., Daniel, S., Chittazhathu, R. K., Nair, S., Leng, M., Sunil Kumar, M. M., Raghavan, B., Manuel, A. J., Rijju, V., Vijay, G., Prabhu, A. V., Parameswaran, U., & Venkateswaran, C. (2020). Psychosocial Aspects of COVID-19 in the Context of Palliative Care - A Quick Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(Suppl 1), S116–S120. https://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_183_20
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and PTSD. In J.P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-375). Guilford.
- Rawlings, D., Tieman, J., & Moores, C. (2019). E-learning: who uses it and what difference does it make? *International Journal of Palliative Nurse*, 25(10), 482–93.
- Reis, L. G. C., Portela, M. C., Maria, S. (2022). *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. FIOCRUZ.
- Reja, M., Naik, J., & Parikh, P. (2020). COVID-19: Implications for Advanced Care Planning and End-of-life Care. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1046–1047. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.6.48049>
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da saúde. In R. F., Alves (Org.), *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Edupeb.
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courier of the International Children's Centre*, 2, 131-140.
- Roman, N. V., Mthembu, T. G., & Hoosen, M. (2020). Spiritual care – ‘a deeper immunity’ – a response to Covid-19 pandemic. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 12(1), 1–3. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2456>
- Rose, L., Cook, A., Casey, J., & Meyer, J. (2020). Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, 102896. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102896>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J.,

- Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4321–4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Rumin, C. R. (2013). Notas para a história da psicologia da saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 30-45.
- Saadati, M. T., & Poorhosein, S. (2020). Recommendations for Improving the Mental Health Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Iran Journal Psychiatry Behaviour Science*, 14, 1-2.
- Sampson, M., Melnyk, B. M., & Hoying, J. (2020). The MINDBODYSTRONG intervention for new nurse residents: 6-month effects on mental health outcomes, healthy lifestyle behaviors, and job satisfaction. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 16-23.
- Sansom-Daly, U. M., & Bradford, N. (2020). Grappling with the “human” problem hiding behind the technology: Telehealth during and beyond COVID-19. *Psycho-Oncology*, 29(9), 1404–1408. <https://doi.org/10.1002/pon.5462>
- Santos, C. G. da S., Tavares, A. P. D. S., Tzanno-Martins, C., Barros Neto, J., Silva, A. M. M. da, Lotaif, L., & Souza, J. V. L. (2020a). Palliative Renal Care and the Covid-19 Pandemic. *J Bras Nefrol*, 42(2 suppl 1), 44–46. <https://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-S111>
- Santos, C. G. da S., Tavares, A. P. dos S., Tzanno-Martins, C., Barros Neto, J., Silva, A. M. M. da, Lotaif, L., & Souza, J. V. L. (2020b). Cuidado paliativo renal e a pandemia de Covid-19. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 42(2,supl.1), 44–46. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., & Bolze, S. D. A. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estududos de Psicologia*, 37, 1-13.
- Schneider, E. M., Fujii, R. A. X., & Corazza, M. J. (2017). Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(9), 569-584.
- Schuler, T. A., Zaider, T. I., Li, Y., Masterson, M., McDonnell, G. A., Hichenberg, S., Loeb, R., & Kissane, D. W. (2017). Perceived Family Functioning Predicts Baseline Psychosocial Characteristics in U.S. Participants of a Family Focused Grief Therapy Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(1), 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.016>
- Shimohata, T. (2022). Neuro-COVID-19. *Clinical & Experimental Neuroimmunology*, 17(23), 17-23.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da Psicologia da Saúde-Hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(Supl. 1), 50-55.
- Seidl, E. M. F., Duarte, S. C. S., Magalhães, D. B., & Costa, M. V. (2019). Profile and

- Professional Practices of HealthPsychologists of the Federal District. *Trends in Psychology*, 27(1), 249-264.
- Selman, L. E., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M., & Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, 35(7), 1267–1276. <https://doi.org/10.1177/02692163211017026>
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81–e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>
- Selman, L. E., Sowden, R., & Borgstrom, E. (2021). ‘Saying goodbye’ during the COVID-19 pandemic: A document analysis of online newspapers with implications for end of life care. *Palliative Medicine*, 35(7), 1277–1287. <https://doi.org/10.1177/02692163211017023>
- Seymour, J. (2012). Looking back, looking forward: the evolution of palliative and end-of-life care in England. *Mortality*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/13576275.2012.651843>
- Seymour, J. E., Janssens, R., & Broeckaert, B. (2007). Relieving suffering at the end of life: Practitioners’ perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Science and Medicine*, 64(8), 1679–1691. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2006.11.030>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133.
- Shimohata, T. (2022). Neuro COVID-19. *Clinical & experimental neuroimmunology*, 13(1), 17-23.
- Silva, L. F. A. (2017). Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. *Revista Bioética*, 25(1), 148– 157.
- Silva, I. M., Lordello, S. R., & Polejack, L. (2021). *Luto na pandemia como intervenção psicossocial: uma proposta pioneira da UnB*. Disponível em: https://noticias.unb.br/images/Artigos/Luto_na_Pandemia_como_interveno_psicossocial.pdf
- Singh, A. G., Deodhar, J., & Chaturvedi, P. (2020). Navigating the impact of COVID-19 on palliative care for head and neck cancer. *Head & Neck*, 42(6), 1144–1146. <https://doi.org/10.1002/hed.26211>
- Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). Challenges faced by elderly guardians in sustaining the adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected children in Zimbabwe. *AIDS Care*, 23(8), 957–964. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.542298>
- Sousa, D. J., Santos, C. C. M., Lopes, M. G. D., & Svierdovski, S. M. (2020). Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19.

Revista de Saúde Pública do Paraná, 3(1), 108-117.

- Sousa, S. P. V. (2019). *Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas de cuidados paliativos* [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa].
- Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L., & Lundström, S. (2020). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *Journal of Pain Symptom Manage*, 60(4), e2–e13. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>
- Straub, R. (2014). *Psicologia da Saúde. Uma abordagem biopsicossocial* (3ª ed.). Artmed.
- Studart-Neto, A., Guedes, B. F., de Luca e Tuma, R., Camelo Filho, A. E., Kubota, G. T., Iepsen, B. D., Moreira, G. P., Rodrigues, J. C., Ferrari, M. M. H., Carra, R. B., Spera, R. R., Oku, M. H. M., Terrim, S., Lopes, C. C. B., Passos Neto, C. E. B., Fiorentino, M. D., de Souza, J. C. C., Baima, J. P. S., da Silva, T. F. F., ... Nitrini, R. (2020). Neurological consultations and diagnoses in a large, dedicated COVID-19 university hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(8), 494–500. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200089>
- Talat, N., Azam, M. K., Mirza, M. B., Singh, N., Aziz, U., Tahir, W., Nawaz, K., Rehan, M., Ameer, A., ... Saleem, M. (2020). Psychosocial Effects of COVID-19 on Health Care Workers: A Cross Sectional Study from Tertiary Level Pediatric Hospital. *Annals of King Edward Medical University*, 26, 170–175.
- Tay, D. L., Thompson, C., Jones, M., Gettens, C., Cloyes, K. G., Reblin, M., Thomas Hebdon, M. C., Beck, A. C., Mooney, K., & Ellington, L. (2021). "I Feel All Alone Out Here": Analysis of Audio Diaries of Bereaved Hospice Family Caregivers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(4), 346–353. <https://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000763>
- Tavares, M., Lordello, S. R., & Montenegro, B. (2015). Estratégias preventivas do suicídio com adolescentes nas escolas. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. dos Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental* (pp. 757-776). Sinopsys.
- Temsah, M.-H., Abouammoh, N., Ashry, A., Al-Eyadhy, A., Alhaboob, A., Alsohime, F., Almazayad, M., Alabdulhafid, M., Temsah, R., Aljamaan, F., Jamal, A., Halwani, R., Alhasan, K., Al-Tawfiq, J. A., & Barry, M. (2021). Virtual Handover of Patients in the Pediatric Intensive Care Unit During the Covid-19 Crisis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 1571–1581. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S310028>
- The Lancet. (2020). Facing up to long COVID. *The Lancet*, 396(10266), 1861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32662-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32662-3)
- Ting, R., Edmonds, P., Higginson, I. J., & Sleeman, K. E. (2020). Palliative care for patients with severe covid-19. *BMJ*, 370, m2710–m2710. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2710>
- Travers, M., & Taylor, P. (2016). What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? *International Journal of Palliative Nurse*, 22(9), 454–62.
- Turna, J. (2021). Anxiety, depression and stress during the Covid-19 pandemic: results from a crosssectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 96-103.

- United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Disponível em:
www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030
- Van Deventer, C., & Wright, A. (2017). The psychosocial impact of caregiving on the family caregivers of chronically ill AIDS and/or HIV patients in home-based care: A qualitative study in Zimbabwe. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 18(1), e1–e7.
<https://doi.org/10.4102/sajhivmed.v18i1.718>
- van Kampen, J. J. A., van de Vijver, D. A. M. C., Fraaij, P. L. A., Haagmans, B. L., Lamers, M. M., Okba, N., van den Akker, J. P. C., Endeman, H., Gommers, D. A. M. P. J., Cornelissen, J. J., Hoek, R. A. S., van der Eerden, M. M., Hesselink, D. A., Metselaar, H. J., Verbon, A., de Steenwinkel, J. E. M., Aron, G. I., van Gorp, E. C. M., van Boheemen, S., ... van der Eijk, A. A. (2021). Duration and key determinants of infectious virus shedding in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Nature Communications*, 12(1), 8–13. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20568-4>
- Veldhuis, C. B. (2021). Addressing the critical need for long-term mental health data during the Covid-19 pandemic: changes in mental health from April to September 2020. *Preventive Medicine*, 146, 1-13.
- Verma, A. A., Hora, T., Jung, H. Y., Fralick, M., Malecki, S. L., Lapointe-Shaw, L., Weinerman, A., Tang, T., Kwan, J. L., Liu, J. J., Rawal, S., Chan, T. C. Y., Cheung, A. M., Rosella, L. C., Ghassemi, M., Herridge, M., Mamdani, M., & Razak, F. (2021). Characteristics and outcomes of hospital admissions for COVID-19 and influenza in the Toronto area. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 193(12), E410–E418.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.202795>
- Verztman, J., & Romão-Dias, D. (2020). Catástrofe, luto e esperança: o trabalhopsicanalítico na pandemia de COVID-19. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(2), 269-290.
- Viana, A. L. D., & Silva, H. P. (2018). Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: Implicações para a proteção social e a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2107-2117.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Walker, P. G., Whittaker, C., Watson, O., Baguelin, M., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., ... Ghani, A. C. (2020). *The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression*. London: Imperial College.
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e70–e76.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
- Walter, T., & Bailey, T. (2020). How Funerals Accomplish Family: Findings from a Mass-Observation Study. *Omega*, 82(2), 175-195.

- Wang, D. C., Gunasekera, R. S., Peterson, B. M., Galbadage, T., & Wang, J. S. (2020). Biopsychosocial and Spiritual Implications of Patients With COVID-19 Dying in Isolation. *Frontiers in Psychology, 11*, 588623. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588623>
- Wei, W. E., Li, Z., Chiew, C. J., Yong, S. E., Toh, M. P., & Lee, V. J. (2020). Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2-Singapore. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(14), 411–415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7147908/pdf/mm6914e1.pdf>
- White, M. (1998). Saying hello again: The incorporation of the loss relationship in the resolution of grief. In: White C, Denborough D, editors. *Introducing Narrative Therapy: A Collection of Practice Based Writings* (pp 17-32). Dulwich Centre Publications.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Paidós.
- White, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, 1*, 44-75.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. Norton.
- Wiener, L., Rosenberg, A. R., Pennarola, B., Fry, A., & Weaver, M. (2021). Navigating the terrain of moral distress: Experiences of pediatric end-of-life care and bereavement during COVID-19. *Palliative Support Care, 19*(2), 129–134. <https://dx.doi.org/10.1017/S1478951521000225>
- Wild, L. G., Flisher, A. J., & Robertson, B. A. (2013). Risk and Resilience in Orphaned Adolescents Living in a Community Affected by AIDS. *Youth & Society, 45*(1), 140–162. <https://doi.org/10.1177/0044118X11409256>
- Wölfel, R., Corman, V. M., Guggemos, W., Seilmaier, M., Zange, S., Müller, M. A., Niemeyer, D., Jones, T. C., Vollmar, P., Rothe, C., Hoelscher, M., Bleicker, T., Brünink, S., Schneider, J., Ehmann, R., Zwirgmaier, K., Drosten, C., & Wendtner, C. (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature, 581*(7809), 465–469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>
- Organização Mundial da Saúde (1990). *Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 28*(2), 130–134.
- Organização Mundial da Saúde (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Clinical management Living guidance COVID-19*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Geneva.
- Organização Mundial da Saúde (2018). WHO Guide integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises. *World Health*

Organization, 1(June), 1–116.

Organização Mundial da Saúde (2020). Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. *World Health Organization, 1*, 1–55.

World Health Organization (2020). *WHO Infodemiology*. Geneva.

Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática* (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Yalom, I. D., & Vinogradov, S. (1998). Bereavement Groups: Techniques and themes. *International Journal of Group Psychotherapy, 43*, 45-61.

Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: Uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(n. esp.), 9-24.

Yu, P., Zhu, J., Zhang, Z., & Han, Y. (2020). A familial cluster of infection associated with the 2019 novel coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. *Journal of Infectious Diseases, 221*(11), 1757–1761.
<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa077>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet, 395*(10229), 1054–1062.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and Bereavement: What Psychiatrists Need to Know. *World psychiatry, 8*(2), 67-74.

ANEXO 1

ACEITE INSTITUCIONAL

O/A Sr./Sra. Larissa Polejack Brambatti, diretora de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária do Decanato de Assuntos Comunitários (DAC/UnB), está de acordo com a realização da pesquisa “Grupo de familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia”, de responsabilidade do/da pesquisador/a Laura Campos de Moura, estudante de mestrado no Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, realizada sob orientação de Larissa Polejack Brambatti, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

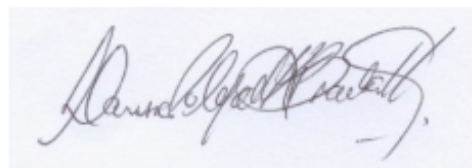
O estudo envolve a realização de descrição do processo de criação e construção da proposta de intervenção, e contará com uma etapa de análise documental dos registros oficiais da instituição em que fora criada a intervenção e promovido os cursos de formação de facilitadores do programa de intervenção em grupo (UnB – Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária - DASU). A pesquisa terá a duração de quatro meses, com previsão de início em fevereiro e término em maio.

Eu, *Larissa Polejack Brambatti*, diretora de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária - DASU, declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, 16 de novembro de 2021 .

Larissa Polejack Brambatti

Nome do/da responsável pela instituição



Assinatura e carimbo do/da responsável pela instituição

ANEXO 2



TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Maria Emília Machado Telles Walter, Decana de Pesquisa e Inovação da Universidade de Brasília, declaro estar de acordo com a realização da pesquisa **“Grupo de familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia”**, de responsabilidade da pesquisadora Laura Campos de Moura, estudante de mestrado no Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, realizada sob orientação da Docente Larissa Polejack Brambatti, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de descrição do processo de criação da intervenção em grupo desenvolvida na Universidade de Brasília, e contará com uma etapa de análise documental dos registros oficiais da instituição em que fora criada a intervenção e promovidos os cursos de formação de facilitadores do programa de intervenção em grupo “Vínculos e Reflexões” (UnB - Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária - DASU). Além da etapa descritiva, propõe-se a realização de entrevistas com os facilitadores/multiplicadores da intervenção, treinados em curso formativo ofertado pela DASU no ano de 2021. A pesquisa terá a duração de três meses, com previsão de início em março e término em maio de 2022.

Além disso, também declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Emília Machado Telles Walter, Decano(a) de Pesquisa e Inovação**, em 02/02/2022, às 19:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7686756** e o código CRC **792C7387**.

Referência: Processo nº 23106.011822/2022-57

ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Grupo de familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia**, apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS).

O objetivo geral desta pesquisa é: descrever uma intervenção grupal para familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia e realizar uma avaliação da percepção dos(as) facilitadores(as) do impacto dessa tecnologia psicossocial sobre os participantes e sobre o processo de trabalho dos profissionais.

Você receberá os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguro-lhe que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Informo que você será convidado a responder a uma entrevista semi-estruturada que terá como objetivo levantar informações referentes aos seus dados sociodemográficos e percepção do impacto da intervenção sobre os participantes e sobre o seu processo de trabalho. Você terá acesso previamente via e-mail ao roteiro de entrevista para avaliação da sua motivação a participar da pesquisa, podendo, a qualquer momento, manifestar desejo de descontinuidade da sua contribuição como participante, sem nenhum prejuízo.

As entrevistas serão realizadas em ambiente virtual, por meio de chamada de vídeo possibilitada por aplicativo gratuito (Zoom) em um aparelho de notebook. Você receberá via e-mail o link de acesso à chamada de vídeo com informações da data e horário do encontro virtual. Será garantido, por parte da pesquisadora, o sigilo das informações durante entrevista por meio do cuidado ambiental de isolamento sonoro e presença apenas da pesquisadora no recinto durante realização da chamada. Você será solicitado, no começo da chamada de vídeo, a iniciar apenas quando estiver desacompanhado em um local seguro, com garantias de isolamento sonoro. A entrevista tem previsão de duração de 30 minutos.

Para posterior transcrição dos dados será solicitada sua autorização para gravação de voz durante a entrevista online (Termo de Autorização para utilização de som de voz), que será salva em um HD externo, sem utilização de aplicativos de armazenamento em nuvem. Após transcrição as gravações serão excluídas.

Ao final da entrevista, você será convidado(a) a oferecer uma devolutiva acerca do seu estado emocional e possíveis mobilizações desencadeadas na entrevista. Caso seja do seu interesse ou se for percebido algum risco psicológico, você terá acesso a orientações acerca de serviços de saúde mental existentes na rede do Distrito Federal e encaminhamento para acolhimento na clínica escola de psicologia da UnB (CAEP).

Informo que você poderá se recusar a participar ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem prejuízos. Se algum desconforto for identificado pelo participante, a pesquisadora responsável poderá fazer um encaminhamento.

Destaco, ainda, que sua participação é voluntária, não havendo pagamento por essa colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, durante a defesa da Dissertação de mestrado, podendo ser publicados posteriormente. Você receberá via e-mail o link de acesso do trabalho

resultante da pesquisa que será inserido posteriormente no repositório institucional da UnB. Os dados e os materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, no mínimo, e após esse prazo serão destruídos ou mantidos na instituição.

Tendo em vista o curso ainda ativo da pandemia, a entrega das duas vias físicas deste TCLE e do *Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para Fins de Pesquisa* será feita em envelope lacrado no endereço indicado por você, participante da pesquisa, e buscado posteriormente após assinatura, em horário previamente combinado e de sua preferência.

Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com Laura Campos de Moura, telefone: (61) 98165 4131, de Segunda-feira a Sexta-feira, no horário de 8 às 17 horas, ou através do *e-mail*: lauracampos.psi@gmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CEP/CHS). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1592 ou pelo *E-mail*: cep_chs@unb.br

Agradeço antecipadamente pela sua participação

Laura Campos de Moura

Mestranda Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB

Declaro ter lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa, pois ficaram claros os seus propósitos, procedimentos e garantias de confidencialidade.

Concordo em participar

Não concordo em participar

Participante

Pesquisadora

Laura Campos de Moura

ANEXO 4**Termo de autorização para utilização de som de voz
para fins de pesquisa**

Autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado/a no projeto de pesquisa intitulado “Grupo de familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia”, sob responsabilidade de Laura Campos de Moura vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

Minha gravação de voz pode ser utilizada apenas para análise por parte da pesquisadora, para conclusão da análise de conteúdo da entrevista realizada na coleta de dados.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha gravação de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação à gravação de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha gravação de voz.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO 5

Entrevista semi-estruturada com facilitador(a)

Dados de identificação participante	
Nome:	Idade:
Sexo:	Profissão:
Situação conjugal:	Região em que reside:
Escolaridade:	Cargo/atuação profissional:
Especialização:	Local e tempo de trabalho:
Roteiro aberto para condução da entrevista	
Como foi a experiência de formação do “Grupo Vínculos e reflexões”?	
Como foi a experiência como facilitadora do “Grupo Vínculos e reflexões”?	
Você percebeu algum impacto do grupo “Vínculos e reflexões” sobre os participantes (familiares enlutados)? Em caso afirmativo, quais?	
Você percebeu algum impacto da sua atuação do grupo sobre a sua atuação profissional? Em caso afirmativo, quais?	
Você percebeu algum impacto da formação/capacitação para o grupo sobre sua atuação profissional na pandemia? Em caso afirmativo, quais?	
Você considera que haja alguma relação entre a intervenção grupal enfocada e o serviço de cuidados paliativos? Por quê?	

ANEXO 6

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Grupo de familiares enlutados pela COVID-19 como ferramenta de intervenção em cuidados paliativos na pandemia

Pesquisador: Laura Campos de Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54238621.6.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.268.158

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de 2022.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de 2022.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de 2022.

Recomendações:

Inalterado em relação ao parecer substanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 25 de janeiro de

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.266.158

2022. Todas as recomendações feitas foram atendidas. Ver Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações abaixo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As sete pendências apontadas no parecer emitido por este CEP/CHS em 25/01/2022 foram todas atendidas completa e satisfatoriamente, incluindo o cronograma para início da coleta de dados. Apenas no termo de consentimento para gravação de voz continua escrito, na primeira linha, a palavra "imagem" além do som de voz. Ao longo do termo, é referido claramente que será gravada apenas a voz do participante, o que sugere ser um erro não percebido a permanência da palavra "imagem" nesse documento. Sugiro assim que a palavra "imagem" seja removida antes que o documento seja utilizado. Considerando que o termo para utilização de som será corrigido e estando todas as pendências atendidas, sou de parecer favorável a aprovação deste projeto pelo CEP/CHS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1806120.pdf	14/02/2022 22:52:31		Acelto
Cronograma	PENDENCIA07_CEP_CHS_CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.docx	14/02/2022 22:52:05	Laura Campos de Moura	Acelto
Declaração de concordância	PENDENCIA06_cep_chs_termo_de_autorizacao_para_utilizacao_de_som_de_voz.pdf	14/02/2022 22:51:10	Laura Campos de Moura	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	PENDENCIA05_CEP_CHS_TCLE.docx	14/02/2022 22:47:29	Laura Campos de Moura	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PENDENCIA02_Termo_de_aceite_Institucional.pdf	14/02/2022 22:46:50	Laura Campos de Moura	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PENDENCIA_01_03_04_PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.docx	14/02/2022 22:45:09	Laura Campos de Moura	Acelto
Declaração de Pesquisadores	CEP_CHS_TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_PELO_USO_DE_INFORMACOES.pdf	07/12/2021 21:27:32	Laura Campos de Moura	Acelto
Outros	CEP_CHS_INSTRUMENTO_COLETA_DADOS.pdf	07/12/2021 21:26:11	Laura Campos de Moura	Acelto

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horto de
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.268.158

Outros	Curriculo_Larissa_PolejackBrambatti.pdf	07/12/2021 21:23:45	Laura Campos de Moura	Acelto
Outros	Curriculo_LauraCamposdeMoura.pdf	07/12/2021 21:23:25	Laura Campos de Moura	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cep_chs_termino_avelta_institucional.pdf	07/12/2021 21:20:50	Laura Campos de Moura	Acelto
Outros	CEP_CHS_CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	07/12/2021 21:19:01	Laura Campos de Moura	Acelto
Outros	CEP_CHS_CARTA_REVISAO_ETICA.pdf	07/12/2021 21:07:20	Laura Campos de Moura	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	06/12/2021 21:22:53	Laura Campos de Moura	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 01 de Março de 2022

Assinado por:
ANDRE VON BORRIES LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1552 **E-mail:** cep_chs@unb.br

ANEXO 7

Clínica-escolas de Psicologia em Brasília-DF				
Nome	Telefone	Onde	Custo	Tipo
UNICEUB	3966-1626	Setor Comercial Sul	R\$20/mês	Psicoterapia (indv., casal, família), Psicodiagnóstico, Organizacional, Psicossocial, Terapia de Grupo
UDF	3225-7724 e 99983-7555	Asa sul		Plantão Psicológico e Psicoterapia
IESB	3445-4502 e 3962-4748	Asa sul e Ceilândia	gratuito	Psicoterapia, Avaliação Psicológica, Plantão
UCB	3356-9328 e 3356-9000	Taguatinga	gratuito	Plantão, Psicoterapia, Psicodiagnóstico Adulto
UNB	3107-1680	Asa Norte		Psicoterapia
UNIP	2192-7092 e 2172-7000	Asa Sul	gratuito	Psicoterapia, Plantão Psicológico, Psicodiagnóstico Infantil, Acompanhamento para Crianças Autistas

Psicologia de baixo custo para pessoas de baixa renda (comprovação) em Brasília-DF				
Nome	Telefone	Onde	Custo	Tipo
IBAC - Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento	3242-5250 e 3443-4086	Asa Sul - 910	R\$30/sessão	Psicoterapia e orientação profissional. Adulto, Familiar, Adolescente, Infantil, Casal
IGTB - Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília	3965-5731	Asa Norte	R\$25/sessão	Psicoterapia (indv, casal, família, grupo) para crianças, adolescentes e adultos
Associação Brasileira de Psicodrama e Sociodrama	3245-6390 e 3346-6832	Asa Norte	R\$40/sessão	Psicoterapia (indv, casal, família) para crianças, adolescentes e adultos
IBNeuro	3226-3002 e 3225-9185	Asa Sul	R\$300	Avaliação neuropsicológica (comprovação de renda e lista de espera)

Outros serviços relacionados com Saúde Mental				
Nome	Telefone	Onde	Custo	Tipo
CAPS-I / COMPP - Centro de Orientação Médica Psicopedagógica	3326-3346, 3326-3201 e 3325-4995	SMHN quadra 03	-	Psicologia, Psiquiatria e outros. Centro de orientação psico-pedagógica para crianças e adolescentes com distúrbios emocionais e comportamentais.
DAP - Departamento de Atividade Psicossocial	2196-4376 e 2196-4377		-	Defensoria pública (direitos humanos)
Núcleo de Apoio Terapêutico do Hospital - HRAS	3445-7664	Asa Sul	-	Atendimento de Psicologia, Psiquiatria encaminhado pelo hospital, posto de saúde ou voluntário - Referência gestante /criança
Unidade de Psiquiatria do Hospital de Base do DF	3325-4512	SMH - Sul, 301	-	Atendimento emergencial em saúde mental, de transtornos mentais não associados ao uso de substâncias psicoativas.
Hospital São Vicente de Paula	3451-9700	Taguatinga Sul	-	Acolhimento no Pronto Socorro, Ambulatórios de Psiquiatria, Psicologia, Oficinas Terapêuticas
ISM - Instituto de Saúde Mental	3399-3666	Riacho Fundo	-	Atendimento ambulatorial a pessoas portadoras de transtorno mental grave não associado ao uso de substâncias psicoativas. Acolhimento, atividades e oficinas terapêuticas, centro de convivência, acompanhamento psiquiátrico, programa de ressocialização de pacientes em conflito com a Lei, atendimento à pessoas vítimas de violência

CAPS em Brasília-DF				
Nome	Telefone	Onde	Custo	Tipo
<i>CAPS II - Paranoá</i>	3369-9933 e 3369-9934	Paranoá	-	Atendimento de adultos com transtornos mentais não associados ao uso de Substâncias psicoativas.
<i>CAPSad - Guará</i>	3381-6957 e 3567-1967	Guará II	-	Acolhimento, práticas integrativas de saúde como dança sênior e automassagem, projeto terapêutico individual, oficinas e atividades terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico e terapia comunitária.
<i>CAPSad - Sobradinho</i>	3485-2286 e 3485-2290	Sobradinho II	-	Atendimento de pessoas com dependência química.
<i>CAPS II - Planaltina</i>	3388-9650 e 3388-9740	Planaltina DF	-	Atendimento de adultos com transtornos mentais não associados ao uso de Substâncias psicoativas.
<i>CAPSad - Taguatinga</i>	3562-7510	Taguatinga Norte	-	Centro de Atenção Psicossocial Especializado em Álcool e Drogas infantojuvenil da região e de uma Unidade de Acolhimento destinada a esse mesmo grupo e suas famílias.
<i>CAPS II - Taguatinga</i>	3351-7332	Taguatinga Sul	-	Atendimento de adultos com transtornos mentais não associados ao uso de Substâncias psicoativas.
<i>Adolescento</i>	3443-1855	Asa Sul	-	
<i>CAPSad - Rodoviária</i>	3226-4631 e 3324-0258	Asa Sul	-	Atendimento de pessoas com dependência química.
<i>CAPSad - Santa Maria</i>	3394-3968 e 3394-2513	Santa Maria	-	Atendimento de pessoas com dependência química.
<i>CAPSad - Ceilândia</i>	3471-9202 e 3371-1022	Ceilândia Centro	-	Atendimento de pessoas com dependência química.
<i>CAPS II - Samambaia</i>	3357-0783	Samambaia Sul	-	Atendimento de adultos com transtornos mentais não associados ao uso de Substâncias psicoativas.
<i>CAPSad - Itapoã</i>	3369-9422	Itapoã	-	Atendimento de pessoas com dependência química.