

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Fabiana Pancieri

Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19

Rio de Janeiro

2023

Fabiana Pancieri

Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Humanization in times of sanitary crisis: an analysis of the challenges faced in hospitalizations due to COVID-19.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

P188h Pancieri, Fabiana.
Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19 / Fabiana Pancieri. -- 2023.
122 f. : il.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 110-122.

1. COVID-19. 2. Humanização da Assistência. 3. Hospitalização. 4. Pandemias. 5. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Fabiana Pancieri

Humanização em tempos de crise sanitária: uma análise dos desafios enfrentados nas internações hospitalares por COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 22 de agosto de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Juliana Fernandes Kabad
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Àqueles que enfrentaram tempos difíceis durante as internações por covid-19.

Àqueles que partiram e aqueles que sobreviveram.

Àqueles que eu não pude fazer mais.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta trajetória repleta de desafios, sou grata por encontrar apoio e inspiração em cada passo que dei. Agradeço a todos que, de diferentes formas, contribuíram para o meu caminho no mestrado.

Neste momento de reflexão e gratidão, expresso minha profunda reverência a Deus, o arquiteto primordial da vida. Sua maestria na teia do existir é verdadeiramente admirável, uma harmonia que me envolve de forma misteriosa e magnífica. Agradeço por sua bondade inefável e por todas as oportunidades que se apresentaram em minha jornada.

À minha amada mãe, Angela Maria, que esteve sempre ao meu lado, encorajando-me a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis, agradeço por sua crença em meu potencial e por seu amor incondicional. Como disse Paulo Freire, "Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo", e sua presença foi a base que sustentou minhas conquistas. Sou grata pela paciência e pelas novenas realizadas.

Ao meu querido companheiro, Eduardo, agradeço por ser meu apoio incondicional. Suas palavras de encorajamento e gestos de carinho fortaleceram-me nos momentos mais difíceis. Nossa parceria é um presente precioso que valorizo todos os dias.

E não posso deixar de mencionar minha adorável gatinha de estimação, Cookie, cuja presença afetuosa trouxe leveza e alegria à minha vida durante esse período intenso. Seu ronronar suave e olhar curioso sempre me trazem tranquilidade, segurança e conforto.

Ao meu querido orientador Gustavo Matta, sou imensamente grata por ter me acolhido com tamanha dedicação e cuidado ao longo desta jornada. Sua crença e respeito pelo meu tempo foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos, por acreditar e dar importância a minha experiência e escolha do tema.

Agradeço às minhas queridas amigas desopiladas e mamulengas, que ao longo dessa jornada, me apoiaram de diversas formas, as mais belas, nobres e criativas possíveis. Em especial, Juliana e Ana Paula pelas orações, compreensão e carinho; Beatriz pelas belas canções e histórias de tirar o fôlego; e sobretudo, à Jamis, parceira de paranóias, tristezas, risadas e de ideias para mudar o mundo, agradeço por ter estado ao meu lado durante todo o meu percurso, contribuindo sem medida com as inúmeras trocas realizadas nesse período. Dividir as angústias com vocês tornou tudo mais leve.

À minha eterna equipe de psicologia: Juliana, Daniela, Ana Paula, Jamille, Aline, Elcilene, Ludmila e Juliane; à equipe de serviço social: Fabíola, Alice, Priscila, Ionara, Tati, Eliz, Juliana, Bianca, Angela e Marceli; aos queridos: Dona Marlene, Sr. Telmo, Jorge e à tantos

outros que tive a oportunidade de conhecer e trabalhar na linha de frente da pandemia, dedico minha gratidão em especial. Sabemos das dificuldades enfrentadas e do peso que carregamos em nossos ombros, mas também sabemos que em toda oportunidade trazíamos o humor para tornar mais leve os momentos árdios do nosso ofício. Vocês foram verdadeiros presentes. O respeito, o apoio mútuo e o trabalho conjunto potencializaram e proporcionaram mais solidariedade e cuidado na vida de tantos.

Por fim, agradeço à própria jornada, às incertezas e aos momentos de questionamento. Foi nessa interação com o mundo, com os desafios e com os questionamentos que encontrei minha voz e minha identidade.

Que este agradecimento seja um tributo a todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram parte do meu percurso no mestrado. Todo apoio, encorajamento e contribuições foram fundamentais para o meu crescimento pessoal.

RESUMO

A pandemia de Covid-19 trouxe consigo desafios significativos para os sistemas de saúde, em especial nas práticas de humanização durante as internações hospitalares por covid-19. Diante desse contexto o objetivo desta dissertação foi identificar os desafios enfrentados pelos usuários, familiares e profissionais de saúde durante as internações hospitalares por Covid-19 e as implicações que esses desafios tiveram nas práticas de cuidado pautadas na humanização. Para tal, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, utilizando os bancos de dados da BVS e Pubmed. Para as buscas foram utilizados descritores do DeCS/MeSH e palavras-chave complementares combinadas por operadores Booleanos. Foi delimitado o período de 2020 a 2022, sendo encontradas o total de 199 publicações, das quais 36 foram selecionadas após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Somado a revisão e visando dialogar com os resultados encontrados, foram usadas narrativas em forma de testemunho da experiência vivida pela pesquisadora na linha de frente como psicóloga hospitalar no combate ao Covid-19. Os resultados obtidos na revisão foram divididos em duas categorias temáticas: Categoria 1 – O cenário catastrófico da pandemia de Covid-19 – que revela o cenário de catástrofe sanitária para além da dimensão biológica, mas também no âmbito psicossocial, onde profissionais de saúde enfrentaram a sobrecarga de trabalho, escassez de treinamento e equipamentos de proteção individual (EPIs), exaustão física e emocional, além do constante medo de contágio e insegurança diante da situação que teve impacto direto na comunicação, acolhimento e na construção de vínculos. A suspensão das visitas aos pacientes também teve consequências significativas, aumentando os sentimentos de medo e solidão, bem como a perda da autonomia do paciente e não participação da família no processo de cuidado, inúmeras mortes solitárias e sem o direito de se despedir. E a Categoria 2 – Mitigação dos danos impostos pela pandemia de covid-19 onde foram destacados a utilização da tecnologia com chamadas de vídeo para conectar os pacientes com suas redes de apoio; a dignidade no final da vida por meio do acompanhamento de equipes de cuidados paliativos e o direito de se despedir; e a valorização dos profissionais de saúde, no reconhecimento e prestação de cuidados físicos e emocionais. Em suma, a humanização do cuidado requer ações criativas e colaboração entre diferentes setores para enfrentamento de crises, de tal forma que o fortalecimento do sistema público de saúde desempenha um papel fundamental na transformação dessas práticas em realidade para todos, contribuindo para a construção de uma sociedade mais solidária e unida.

Palavras-chave: Covid-19; humanização da assistência; hospitalização; pandemias; pessoal de saúde.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has brought significant challenges to healthcare systems, especially in the context of humanization practices during hospitalizations for COVID-19. Given this context, the objective of this dissertation was to identify the challenges faced by users, families, and healthcare professionals during hospitalizations for COVID-19 and the implications these challenges had on humanization-based care practices. To achieve this, a narrative literature review was conducted using the BVS and PubMed databases. Search terms included DeCS/MeSH descriptors and complementary keywords combined with Boolean operators. The search was limited to the period from 2020 to 2022, resulting in a total of 199 publications, of which 36 were selected after applying inclusion and exclusion criteria. In addition to the literature review and in order to engage with the findings, narrative testimonies of the researcher's firsthand experience as a frontline hospital psychologist in the fight against COVID-19 were used. The results obtained in the review were divided into two thematic categories: Category 1 - The catastrophic scenario of the COVID-19 pandemic, which reveals a scenario of a healthcare catastrophe beyond the biological dimension, encompassing the psychosocial realm as well. Healthcare professionals faced work overload, a shortage of training and personal protective equipment (PPE), physical and emotional exhaustion, constant fear of contagion, and insecurity in the face of the situation, which had a direct impact on communication, reception, and the establishment of bonds. The suspension of patient visits also had significant consequences, increasing feelings of fear and loneliness, as well as the loss of patient autonomy and family involvement in the care process, resulting in numerous solitary deaths without the opportunity for proper goodbyes. Category 2 - Mitigation of the harms imposed by the COVID-19 pandemic, where the use of technology, such as video calls, to connect patients with their support networks was highlighted. Dignity at the end of life was emphasized through the involvement of palliative care teams and the right to say goodbye. Additionally, the recognition and provision of physical and emotional care for healthcare professionals were underscored. In summary, humanization of care requires creative actions and collaboration across different sectors to address crises. The strengthening of the public healthcare system plays a pivotal role in turning these practices into reality for all, contributing to the creation of a more compassionate and united society.

Keywords: Covid-19; humanized care; hospitalization; pandemics; health personnel.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxograma da revisão	40
------------	-----------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Relação dos DeCS/MeSH e palavras-chave utilizados para busca bibliográfica	38
Quadro 2 -	Combinação dos descritores e palavras-chave no campo de busca das bases de dados	39
Quadro 3 -	Publicações selecionadas na amostra do estudo.....	41
Quadro 4 -	Distribuição das publicações por tipo de documento	43
Quadro 5 -	Distribuição das publicações por ano	44
Quadro 6 -	Distribuição das categorias profissionais presentes nos estudos	44
Quadro 7 -	Relação de gênero presente nas publicações	45
Quadro 8 -	Distribuição das publicações por país	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCIH	Centro de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Ciências Humanas e Sociais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MESH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Post-Intensive Care Syndrome
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPE	Personal Protective Equipment
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UCI	Intensive Care Unit
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	PANDEMIA DE COVID-19: DIFERENTES CENÁRIOS	19
2.1	PANDEMIA DE COVID-19.....	19
2.2	INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR COVID-19.....	22
3	HUMANIZAÇÃO: UM TRAJETO HISTÓRICO E POLÍTICO	28
4	OBJETIVOS	35
4.1	OBJETIVO GERAL.....	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
5	PERCURSO METODOLÓGICO	36
6	RESULTADOS	43
7	ANÁLISE DA LITERATURA E DISCUSSÃO	47
7.1	O CENÁRIO CATASTRÓFICO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	47
7.1.1	Profissionais de saúde: dor e sofrimento como ofício	50
7.1.2	Paramentação – do muito ao pouco: reconhecendo pelos olhos	60
7.1.3	Suspensão das visitas presenciais: suspensão da representação	63
7.1.4	Morrer sozinho: um pavor quase universal	73
7.2	POTÊNCIA COLETIVA: MITIGAÇÃO DOS DANOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19.....	80
7.2.1	Reconectando laços: o uso da tecnologia a favor do cuidado	82
7.2.2	Tecendo conexões além das barreiras: expressões afetivas no cuidado	87
7.2.3	O legado dos cuidados finais: honrando a dignidade no final da vida	93
7.2.4	Além das máscaras: reconhecendo o cuidador	101
8	CONCLUSÃO	106
	REFERÊNCIAS	110

1 INTRODUÇÃO

A chamada história natural das síndromes respiratórias agudas graves relacionadas às infecções causadas pelos vírus da família Corona já é conhecida, com descrições que datam de 1965. A forma de infecção, a morfologia do agente, a patogênese envolvida, o curso clínico, o tratamento e o prognóstico somam uma infinidade de textos que compõem a ciência da saúde, facilmente observados nos livros básicos de formação médica. Por exemplo, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que representa um dos maiores desafios da saúde pública moderna, só foi isolado e caracterizado em linfócitos cultivados em 1984. Atualmente, dispomos de tratamentos medicamentosos altamente eficazes para controlar a doença, graças ao conhecimento que hoje detemos.

No final de 2019, surgiu na China uma variante do Coronavírus (Sars-Cov-2) que apresentou uma capacidade especial de disseminação. Diante disso e em razão das características do mundo moderno, como o aumento populacional, a velocidade de deslocamento e o acesso à informação, entre outros fatores, a doença se espalhou de uma forma nunca antes vista, sobrecarregando rapidamente os sistemas de saúde e gerando pânico global na população. Os governos então adotaram medidas para assistir os infectados e conter a propagação da doença. Como o número de pessoas infectadas que necessitavam de assistência hospitalar era maior do que o número de leitos disponíveis, surgiram os hospitais de campanha, cujo único objetivo era concentrar os doentes da Covid-19, aliviando a rede hospitalar convencional para que esta pudesse continuar com os atendimentos não relacionados à pandemia da Covid-19 (Soares; Ferreira, 2020). Com o intuito de diminuir a propagação da doença, a principal medida, e bastante questionada, foi o isolamento físico das pessoas, visando afastar os portadores do vírus do contato com pessoas não infectadas, a fim de evitar novas infecções e interromper o ciclo da doença (Oliveira; Matos; Siqueira, 2020, p. 78).

Foi observado, no curso do tempo, que as principais medidas utilizadas para controle e tratamento foram aquelas direcionadas quase que exclusivamente voltadas ao isolamento e aos cuidados com o corpo para reduzir a transmissão na sociedade e em ambiente hospitalar. Notoriamente, em função do quadro geral de pânico, grandiosidade nunca antes vista e conflitos de versões e narrativas cujo espectro gravitavam e disseminavam no cenário político nacional e internacional, as medidas inicialmente tomadas visavam assegurar aquilo que é mais palpável e objetivo, ou seja, o cuidado do corpo infectado, mais facilmente apreciável através dos dados sensíveis advindos de exames e máquinas. A partir disto, começa-se a notar, mormente no

cenário hospitalar, que a cura do corpo se torna a principal característica da internação do adoentado por Covid-19 (Seixas *et al.*, 2021, p. 4).

Tais medidas poderiam favorecer a proteção no que diz respeito à incidência da doença, porém, é preciso considerar que as repercussões causadas por uma pandemia podem ser maiores do que o número objetivo de mortes que ela ocasiona (Faro *et al.*, 2020). Isso porque, as medidas exigidas trouxeram fortes impactos na forma de assistir o usuário, repercutindo nos familiares, profissionais de saúde e na própria gestão hospitalar.

A observação acima guarda relação com minha experiência profissional. No período de maio de 2020 a abril de 2022, trabalhei na linha de frente no enfrentamento à Covid-19 como psicóloga hospitalar, prestando assistência direta ao paciente e aos familiares; durante os três primeiros meses em um hospital de campanha temporário com capacidade para 400 leitos e nos meses seguintes em um centro hospitalar de referência no enfrentamento da Covid-19, que contava com 195 leitos, divididos por alas de A à L, destinados ao tratamento intensivo e semi-intensivo. Cada ala possuía uma equipe específica, entretanto, diferentemente de algumas categorias profissionais, o psicólogo, priorizando o vínculo com o paciente e sua família – elementos essenciais para o trabalho – atendia a todas as alas do hospital, ora por pedidos de parecer, ora por busca ativa ou demanda espontânea. Dada a necessidade, o paciente era acompanhado pelo psicológico durante todo o período da internação, independente da mudança de leito, ala ou equipe.

Dessa forma, o contato era diário com equipes diferentes, dado o tamanho do hospital e o número de profissionais que precisou ser recrutado, muitos advindos de outras vivências sem nunca ter tido contato com instituições públicas e/ou unidades de terapia intensiva – um desafio permanente para alinhamentos, trocas e decisões. Ao mesmo tempo em que éramos estranhos construindo relações, também éramos iguais, não por igualdade em seu sentido estrito – a paramentação assim nos transformava. O número de EPI's (equipamentos de proteção individual) necessários não só trouxe uma despersonalização, dificultando o reconhecimento daquilo que há de mais primitivo para o estabelecimento de laços, como a expressão facial, mas também o desafio na própria assistência, dado o tempo que permanecíamos paramentados. Somado a isto, ainda havia o peso do discurso que tratava os profissionais de saúde como heróis, implicando em um processo de desumanização, transcendendo o sofrimento, o cansaço, os medos e os riscos.

A suspensão das visitas presenciais transformou, em certa medida, os leitos das unidades hospitalares em um ambiente de isolamento, puramente para o cuidado com o corpo e o controle

da transmissão viral, produzindo na população geral e motivado pelas notícias midiáticas a ideia de que no hospital *se vai para morrer*. Tal medo era intensificado pelo próprio processo de internação: assim que o paciente era informado sobre a necessidade da intervenção hospitalar, recolhia-se seus pertences e cessava-se o contato direto com sua rede de apoio. Nada ao redor lhe era familiar, e passava a ser atendido por profissionais paramentados com um número significativo de equipamentos de proteção individual (EPI) (Portela; Reis; Lima, 2022), de maneira que só era possível visualizar os olhos através da barreira do *face shield*, ouvir a voz abafada pela máscara, e o toque, quando acontecia, era intermediado pelo uso das luvas.

No que tangia à rede de apoio do paciente internado, como medida de proteção, foram suspensas as visitas hospitalares e totalmente inviabilizadas a permanência de acompanhantes (Nunes, 2020), mesmo para aqueles que possuem esse direito previsto em lei, citando o Estatuto do Idoso¹, da Criança e do Adolescente² e o referente às pessoas com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial³. Além disso, o contato entre os profissionais de saúde e a rede de apoio do paciente passou a ser realizado por contato telefônico (Cardoso *et al.*, 2020), tornando mais desafiador e, ao mesmo tempo, mais relevante o estabelecimento do vínculo e confiança entre equipe e família na transmissão de informações sobre o estado de saúde do usuário. Tal vínculo precisava ser forte o suficiente para transmitir o quadro real e desmistificar interpretações equivocadas, em grande medida geradas pelo distanciamento, associadas às fantasias decorrente das informações midiáticas e da má direção dos órgãos do poder público que tenderam a gerar guerras de versões, fatos e acontecimentos.

¹ Lei nº 10.741/2003 - Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito (BRASIL, 2003).

² Lei 8.069/1990 - Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) (BRASIL, 1990).

³ Lei 13.146/2015 - Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral. § 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito. § 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal (BRASIL, 2015).

Dessa forma, com as inúmeras limitações e incertezas trazidas pelo contexto e as mudanças na forma de cuidar, observava que todas as categorias profissionais da linha de frente se deparavam com dilemas físicos, emocionais e éticos diante de um cenário inédito. Era possível notar esses fatores através do peso da paramentação, da intensa demanda de trabalho, das incertezas a respeito da Covid-19, do esgotamento emocional frente ao contato com volume excessivo de sofrimento, mortes e más notícias (Forte, 2021, p. 179), além dos atravessamentos sofridos por serem agentes participantes do próprio contexto, estando passíveis de adoecimento e do próprio risco de vida, de seus familiares, amigos e colegas de trabalho, em razão da maior exposição.

A pandemia de covid-19 teve um impacto significativo na vida da população, alterando hábitos, comportamentos e formas de organização, inclusive em rituais culturais importantes, como os funerais. A assistência à saúde também foi afetada por essa realidade. O contexto pandêmico trouxe à tona a necessidade de reavaliar a planificação do cuidado, que se viu diante de um quadro desconhecido e em rápida progressão. Nesse sentido, observou-se um retorno a um modelo biomédico predominante nos hospitais, com características que remetem ao "nascimento do hospital" elucidado por Foucault em 1986. Esse modelo de assistência é caracterizado por uma verticalização dos saberes, refletindo uma hierarquia rígida de conhecimento médico, pela ausência de autonomia dos usuários e pela forte presença do controle sobre os corpos, questões que vem sendo discutidas há décadas e que constituem um ponto focal nas reflexões sobre a humanização do cuidado em saúde.

O debate sobre a humanização, apesar de ter surgido desde meados do século XX em várias partes do mundo, principalmente nas pautas do movimento feminista da década de 1960, ganhou destaque especialmente na década de 70 (Benevides; Passos, 2005; Deslandes, 2006). Esse período foi marcado por uma "crise na saúde" em nível mundial, caracterizada pela influência dominante do modelo médico centrado na tecnologia e de alto custo, que não abordava adequadamente o complexo processo de saúde, doença e cuidado, a medicalização da sociedade, a acumulação de problemas de saúde, a iniquidade na oferta de serviços médicos – que estava consideravelmente abaixo das demandas da população –, e o descontentamento geral com essa situação (Borges, 2007; Mendes, 1996).

Dessa forma, apesar dos marcos históricos na saúde em âmbito mundial, é essencial considerar que os avanços no debate e a ênfase dada à humanização no campo da saúde variam de acordo com o sistema de saúde, regime político, situação socioeconômica e cultural de cada

país. Torna-se necessário então considerar essas diferenças ao discutir a humanização na área da saúde, reconhecendo que não existe uma abordagem única e universalmente aplicável.

No Brasil, por exemplo, apesar de a humanização estar presente em décadas anteriores, somente em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização no SUS como uma importante estratégia para promover a humanização nos serviços de saúde e combater práticas desumanizadoras e hierarquizadas. Com princípios como acolhimento, vínculo, participação, co-responsabilidade e valorização do trabalho em saúde, a PNH tem como objetivo reconfigurar as relações entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, visando a um cuidado mais abrangente, respeitoso e centrado nas necessidades e desejos dos indivíduos.

Em função da pandemia de COVID-19 ter revelado as fragilidades e resquícios do modelo biomédico que ainda não foram superadas no contexto hospitalar, reforçou-se a importância de práticas humanizadas e da participação ativa dos usuários no processo de saúde. Nesse contexto, a implementação efetiva da PNH torna-se ainda mais relevante para enfrentar os desafios trazidos pela crise sanitária, buscando resgatar a autonomia, a participação e a dignidade dos indivíduos no contexto da assistência à saúde.

Diante desse cenário, a Política Nacional de Humanização (PNH), por ser uma das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) que mais se aproxima do que se pretende analisar, será utilizada como ferramenta teórica e política deste estudo. Com o propósito de contribuir e promover mudanças nos problemas enfrentados no sistema de saúde, estimulando a comunicação entre gestores, profissionais de saúde e usuários, a PNH se apresenta como uma abordagem abrangente e fundamental para a promoção da humanização no contexto da assistência hospitalar, especialmente em tempos de desafios como os impostos pela pandemia de COVID-19.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi identificar, por meio da literatura, os desafios enfrentados por usuários, profissionais e familiares durante as internações por COVID-19, bem como compreender as implicações desses desafios nas práticas de humanização. A partir disso, foram analisadas as ações realizadas e as possíveis alternativas a serem adotadas em cenários de crise sanitária.

Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma pesquisa qualitativa de revisão narrativa, utilizando as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da PubMed. As buscas foram realizadas utilizando combinações de descritores e palavras-chave, abrangendo o período de 2020 a 2022. Além disso, foi criada uma lista complementar com estudos recomendados pelas bases de dados e referências dos artigos selecionados. Além das publicações brasileiras,

também foram consideradas a literatura estrangeira, em função de ser uma temática recente e de possibilitar a ampliação dos resultados e pistas que favoreçam uma análise mais profunda sobre o tema, tendo a PNH como lente teórica para dialogar com os resultados encontrados.

Sendo assim, no total, foram encontradas 199 publicações, sendo 70 na BVS, 98 na PubMed e 31 a partir das referências e recomendações. Todas as publicações foram registradas em uma planilha no Google Drive, separadas por banco de dados.

Posteriormente, os estudos foram pré-avaliados e categorizados em duas categorias temáticas, a que aborda os desafios enfrentados por profissionais de saúde, pacientes e familiares durante as internações por Covid-19, as consequências desses desafios nas práticas de cuidado humanizado e a que trata das estratégias adotadas para mitigar danos na busca de humanizar o cuidado ofertado dentro das possibilidades no contexto. Além da revisão da literatura, outras fontes foram utilizadas para embasar a pesquisa, como livros, documentos governamentais e notícias, buscando uma fundamentação sólida. Vale ressaltar que o estudo também incluiu os relatos de experiências como testemunho do que foi vivenciado durante os dois anos em que estive na linha de frente, garantindo o cumprimento dos princípios éticos ao preservar a identidade dos locais e das pessoas envolvidas. Essa abordagem contribuiu para uma compreensão mais aprofundada e contextualizada dos desafios e estratégias relacionados à humanização do cuidado durante a pandemia.

Para orientar a investigação, foram levantadas as seguintes questões: Quais foram os desafios enfrentados nas internações hospitalares que afetaram a qualidade do cuidado envolvendo profissionais, usuários e familiares? É possível promover a humanização no contexto hospitalar durante uma crise sanitária? Qual a lição que tiramos da maneira como enfrentamos um vírus tão perigoso quanto este? Repetiremos os mesmos protocolos numa próxima pandemia?

A escolha desse estudo se justifica pela observação de retrocessos na assistência hospitalar, incluindo a diminuição da autonomia dos pacientes⁴ e o esgotamento dos profissionais de saúde. Entende-se que esse cenário não pode ser atribuído exclusivamente à pandemia de Covid-19, mas também reflete obstáculos enfrentados no investimento e na implementação da política de Humanização do SUS. Além disso, os estudiosos nos alertam que

⁴ Optou-se, na escrita deste estudo, por utilizar o termo “paciente” ao invés de “usuário”, uma vez que durante o cenário pandêmico, houve uma mudança na dinâmica de cuidado de saúde, em que as pessoas ocuparam uma posição mais passiva em relação aos profissionais de saúde, com menos participação ativa no processo de cuidado. Assim, o uso do termo “paciente” nesta pesquisa busca refletir essa realidade do contexto pandêmico.

a Covid-19 é apenas o início de grandes surtos pandêmicos, o que torna ainda mais crucial promover e aprimorar as práticas de gestão e assistência à saúde com foco na humanização dos processos em saúde.

Nesse sentido, não se nega ou denuncia as medidas adotadas para proteção, especialmente diante da urgência enfrentada. No entanto, busca-se aprofundar a compreensão das experiências vivenciadas, a fim de refletir sobre novas práticas de cuidado com o outro e conosco mesmos. Temos uma dívida com as 704.659⁵ mil mortes por Covid-19 no Brasil e 6.902.973⁵ mortes no mundo, a maioria delas ocorrendo de forma solitária.

⁵ Atualizado em 27 de jul. de 2023.

2 PANDEMIA DE COVID-19: DIFERENTES CENÁRIOS

2.1 PANDEMIA DE COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, a China reportou à Organização Mundial da Saúde (OMS) vários casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, na província de Hubei. Uma semana após, no dia 07 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de Coronavírus (SARS-CoV-2), e no fim do mesmo mês, a OMS declarou que o surto do novo Coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (OPAS/OMS, 2020). Desde então, o curso da história mundial já havia sido alterado e medidas práticas nas políticas de saúde começaram a ser tomadas de forma emergencial para minimizar os efeitos da Pandemia da Covid-19, assim declarada pela OMS em 11 de março de 2020 (Silva Neto, 2021).

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi comprovado no dia 26 de fevereiro de 2020, sendo declarado pelo então Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, que se tratava de uma gripe e que iríamos “passar por ela e colocar todas as fichas na ciência [...]” de forma a “nos preparar da melhor maneira. Mas é preciso ter calma” (G1, 2020 *apud* Marques; Silveira; Pimenta, 2020, p. 231).

Em um contexto de expansão da doença pelo mundo, as declarações das autoridades de saúde ganharam grande relevo e puderam se traduzir nas medidas necessárias que o país, sua população e seu sistema de saúde adotaram para o enfrentamento da situação. O que não se esperava é que naquele momento, primeiro trimestre de 2020, a Covid-19 já havia chegado aos cinco continentes e na virada para o mês de março contava centenas de casos em alguns países e milhares em outros. A escalada impressionante da doença com sua capacidade de transmissão passou a ser acompanhada pelo perturbador, alarmante e inimaginável número de mortos; e associado, observava-se a estatística “[da] saturação dos serviços de saúde, a solidão dos moribundos, a morte sem ritos e sem despedidas, as covas coletivas, o ringue de patinação transformando em necrotério, a devastação dos asilos” (Marques; Silveira; Pimenta, 2020, p. 231).

Apesar da calma solicitada pelo então Ministro, não havia muito tempo para preparativos. Os dois primeiros casos de Covid-19 registrados no Brasil ocorreram na 9ª semana epidemiológica (23 a 29/02/2020), ultrapassando 100 casos na 11ª semana (08 a 14/03/2020) e 1.000 casos na 12ª semana epidemiológica (15 a 21/03/2020) (Bastos *et al.*, 2020). Em 18 de

março, após a confirmação das primeiras mortes, a Câmara dos Deputados reconheceu o estado de calamidade pública que o país atravessava, através do Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 88/20, consentindo na expansão de gastos para o enfrentamento da pandemia (Matta *et al.*, 2021). Até aquele momento, o Ministro da Saúde tentava alinhar as recomendações preconizadas pela OMS e as práticas internacionais mais difundidas com a realidade brasileira, tanto de maneira institucional com normas técnicas e dispositivos de caráter regulatório, como de maneira política, em conversas com governadores, secretários de saúde, congressistas, empresas, instituições privadas de saúde, entre outros, de maneira que o cenário que foi se desenhando através das ações do ministério ganhou contornos os quais entraram em conflito com a visão de uma parcela organizada de pessoas sobre o complexo conceito que a *doença-covid* acabou encampando.

O distanciamento social e a quarentena como medidas de prevenção e controle na disseminação da doença tiveram o condão de promover o acirramento de grupos políticos antagônicos, tanto no mundo político do Estado, como na sociedade civil, cada qual encetando culpa um ao outro sobre as consequências da maneira de enfrentar a Covid-19. Associado a isto, alguns setores do governo instalados no Congresso Nacional e dentro de áreas técnicas do Ministério da Saúde advogavam pelo uso de medicamentos do chamado “tratamento precoce”, que para os quais não havia qualquer evidência científica razoável, para dizer o mínimo (Matta *et al.*, 2021). Tudo isto pode ser cristalizado no pronunciamento a televisão e rádio do Presidente da República no dia 24 de março de 2020 com diversos termos, exemplificando: “No meu caso particular [...] caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar, nada sentiria ou seria, quando muito, acometido de uma gripezinha ou resfriadinho”, além da “eficácia da cloroquina no tratamento do Covid-19” (BBC News Brasil, 2020).

Frente à radicalização do discurso e às pressões advindas do enfrentamento político, o ministro Mandetta é exonerado, assumindo o ministério o médico Nelson Teich. O mesmo, não cedendo às investidas do *aparelho* chefiado pelo Presidente Bolsonaro, p. ex. na recusa de assinar o protocolo da hidroxicloroquina, com um mês de ministério, deixa a pasta, assumindo seu lugar no dia 16 de maio de 2020 o ministro interino General de Divisão Eduardo Pazuello, militar ainda na ativa, sendo efetivado quatro meses depois. Após Eduardo Pazuello assumir a pasta, quatro dias depois, o ministério emitiu a nota informativa Nº 9/2020-SE/GAB/SE/MS, cujo conteúdo orientava o manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19, contendo a recomendação do uso da hidroxicloroquina em casos leves, se assim o médico decidisse e após o paciente assinar um termo de consentimento (Brasil, 2020).

Dessa forma, com a constante instabilidade no Ministério da Saúde, a ausência de condução nacional na preconização de medidas para o enfrentamento de uma pandemia aliadas ao discurso belicoso do Presidente da República direcionado aos executivos municipais e estaduais, com os quais Bolsonaro divergia sobre as restrições de circulação de pessoas, resultou numa fragmentação política de tal monta que acabou por reduzir de forma significativa os poderes do próprio Presidente, que acabou vendo a execução das medidas sanitárias serem realizadas por Governadores e Prefeitos. Estes passaram a definir regras e medidas de isolamento e distanciamento social, autorizados pelo Supremo Tribunal Federal, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6341 de 2020 (STF, 2020). Apesar de representar medida acertada, esta possui caráter meramente paliativo uma vez que no cenário observado posteriormente com vários picos diferentes de Coronavírus pelo país somente “uma gestão centralizada seria capaz de frear essa tendência”, um pacto nacional (GWS Campos, 2020 *apud* Zylberkan; Campos, 2020).

Em meio à pandemia, às sucessivas trocas de ministros da Saúde, ao palavrório anticientífico de autoridades da República e somado à falta de um discurso único dos órgãos públicos estes se mostraram como motores na geração de insegurança na população que já não sabia em quem e no que confiar frente ao volume desconhecido de informações geradores de divergências no cuidado com a vida (Ribeiro, 2020). Além dessa sucessão de fatores, algumas falas presidenciais se opondo ao isolamento e participando de manifestações políticas - postura que virou tema de um editorial do periódico *The Lancet*, no qual foi discutido os riscos para o país, - tornaram ainda mais difícil a implementação do isolamento social, que apesar de produzir efeitos psicológicos e econômicos negativos (Brooks *et al.*, 2020, *apud* Modesto *et al.*, 2020) ainda é uma das principais ações de prevenção à disseminação do Covid-19 e que visa “reduzir a circulação de grande número de pessoas, com objetivo de diminuir a propagação do vírus e, conseqüentemente, evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde” (Hellewell *et al.*, 2020, *apud* Modesto *et al.*, 2020, p. 125).

Outro fator com forte influência na geração de insegurança, desconfiança e diminuição drástica do senso de coletividade que dificultou o combate à pandemia foram as Fake News, que segundo Müller e Souza (2018) se caracterizam como um problema midiático multifacetado, que se apresenta como alegações / notícias falsas ou enganosas deliberadamente as quais podem ser difundidas tanto por vias formais quanto informais, visando induzir ao erro. São apresentadas tipicamente como notícias genuínas, promovendo sua propagação, sempre planejada e visando alcançar objetivos específicos, em grande medida por meio da curiosidade.

Por constituírem um fenômeno sócio-político, atingem um número expressivo de indivíduos (Gelfert, 2018, *apud* Müller; Souza, 2018), de forma que muitas pessoas tendem a formar crenças falsas por terem aceito o conteúdo das fake news, podendo resultar em tomadas de decisões desastrosas, “dada a relevância e impacto da decisão (por exemplo, apoio ou rejeição a um candidato, ou a um projeto de lei, ou a uma iniciativa social, etc.)” (Müller; Souza, 2018).

Além disso, a atuação errática do Ministério da Saúde, sua descoordenação e a descontinuidade de gestão contribuiu para uma sucessão de negligências no decorrer da pandemia como a “falta de equipamentos, medicamentos e outros insumos, [...] na decisão e atuação tardias para a aquisição das vacinas de modo a assegurar imunização” (Portela; Reis; Lima, 2022, p. 33), atravessando e tornando mais difícil a resiliência que o SUS necessitava para driblar, diante de suas fragilidades, o cenário impiedoso que a pandemia instalou.

Nesse sentido, para além de uma crise na saúde, a pandemia também evidenciou outras crises nas esferas política, social, econômica, na gestão e na educação. O cenário demandava a adoção de medidas que ultrapassassem a contenção imediata da propagação do vírus (Sarti, 2020 *apud* Fortuna *et al.*, 2022), envolvendo até mesmo o enfrentamento das contradições presentes nos sistemas de saúde, levando em consideração as particularidades regionais de cada território nacional (Fortuna *et al.*, 2022).

2.2 INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR COVID-19

A estimativa da OMS em 2020 era de que 80% dos pacientes com Covid-19 apresentariam sintomas leves e sem complicações, 15% evoluiriam para hospitalização com necessidade de oxigenoterapia e 5% precisariam ser atendidos em unidade de terapia intensiva (UTI), considerando ainda a necessidade de ventilação mecânica para os pacientes mais graves (WHO, 2020). Frente a isto, os serviços de saúde começaram a ser reestruturados no intuito de evitar o seu colapso.

Durante os primeiros meses de pandemia, vários estudos foram realizados para avaliar a capacidade de atendimento hospitalar em diversos países e uma das principais conclusões gravitava em torno da alta probabilidade de saturação dos sistemas de saúde em um curto espaço de tempo, caso nenhuma ação fosse realizada para a contenção do vírus e para a ampliação da oferta de leitos (Noronha *et al.*, 2020).

No Brasil (Santiago *et al.*, 2021), mapeamentos de infraestrutura em saúde evidenciavam a heterogeneidade regional e a falta de recursos na maior parte das regiões do

país, onde aproximadamente “72% das regiões o número de leitos de UTI pelo SUS é inferior ao considerado adequado em um ano típico, sem a influência do COVID-19” e “um padrão similar é observado com relação a ventiladores e respiradores” (Rache *et al.*, 2020, p. 1).

O diagnóstico inicial da capacidade instalada no país para o atendimento de pacientes graves de Covid-19, demandando estruturas de cuidado complexas, estampou grandes desigualdades entre as regiões e forte concentração de recursos voltados para o setor de saúde suplementar em áreas específicas, com proporções elevadas de beneficiários de planos de saúde. Mostrou-se gritante a diferença entre a disponibilidade de leitos de UTI para atender os 75% de cidadãos brasileiros dependentes do SUS e os 25% portadores de planos de saúde (Freitas; Barcellos; Villela, 2020, p. 11).

Nesse contexto, com a ausência de uma coordenação nacional para atenuar as desigualdades e alinhar os processos de compras de equipamentos e insumos, os estados e municípios implementaram suas próprias soluções, investindo em estruturas temporárias, que poderiam ter sido direcionadas para o fortalecimento de estruturas permanentes do SUS, mas que resultou no crescimento do número de leitos de UTIs, nas quantidades de respiradores/ventiladores e no número de tomógrafos. Porém, considerando que a maior parte das pessoas com Covid-19 não necessitam exclusivamente de internação, é importante dizer que faltou investimento na atenção primária, na ampliação da testagem da população e integração com a vigilância em saúde de forma a conseguir implementar ações mais efetivas de isolamento (Freitas; Barcellos; Villela, 2020, p. 11).

Os resultados até aqui revelam graves problemas no desempenho do sistema de saúde, com elevada mortalidade por Covid-19 denotando problemas de acesso e baixa capacidade de integração da rede de serviços. Parte das estruturas adicionadas ao sistema foram implementadas com atraso, tendo importantes cidades brasileiras experimentado evidente sobrecarga sobre o sistema de saúde. Em consequência, foram registradas muitas mortes em domicílios, em unidades de saúde ambulatoriais e em hospitalizações de somente um dia ou menos de 24 horas, revelando dificuldades de acesso ao cuidado requerido em tempo adequado. Somando-se a esse cenário, é relevante a constatação das imensas iniquidades entre grupos populacionais e regiões, indo além do acesso e transbordando na qualidade do cuidado de saúde em si e chances de bons resultados (Freitas; Barcellos; Villela, 2020, p. 11).

Além da reestruturação na oferta de leitos para pacientes com Covid-19, considerando a ausência de vacinas e tratamento comprovadamente eficaz, a atenção hospitalar, foco desse estudo, necessitou de adaptação a novos protocolos, diretrizes e fluxos recomendados pelo Ministério da Saúde baseadas nas informações disponibilizadas pela OMS diariamente de forma que as recomendações estavam suscetíveis a novas alterações para o manejo dos pacientes e para orientações da organização dos processos de trabalho, conforme as modificações do cenário epidemiológico.

Do conjunto de recomendações e protocolos do Ministério da Saúde (2020) para atenção especializada voltadas para pacientes com Covid-19, destacavam-se o manejo seguro de pacientes com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, recomendando-se a acomodação em quartos de isolamento ou compartilhados por pacientes com o mesmo diagnóstico; o manejo correto do uso e descarte dos resíduos manipulados; a adequação dos EPI's necessários a serem utilizados pelos profissionais de saúde, assim como o treinamento de paramentação e desparamentação, este último indicado pelos estudos como o momento mais crítico e propenso à autocontaminação (Tanaka *et al.*, 2020); o cuidado de saúde mental de equipes profissionais de saúde; as orientações e cuidados na alta hospitalar para pacientes e familiares; o manejo e cuidados com o corpo pós-morte, com a limitação de apenas um único familiar/responsável pelo reconhecimento do corpo, se possível por meio de fotografias, sem contato direto, mas em caso de aproximação, o familiar/responsável deveria ser paramentado e manter distância de dois metros do corpo⁶; e as modificações recomendadas quanto a política de visitas e acompanhantes ao paciente (Ministério Da Saúde, 2020).

Neste quesito, o Ministério da Saúde (2020, p. 24) mesmo considerando que “cada serviço de saúde tem autonomia para orientações específicas, considerando suas características próprias e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)”, recomendou também a suspensão das visitas sociais aos pacientes com Covid-19, e caso o serviço não possuísse fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomendava-se a suspensão de todas as visitas. Contudo no caso de o serviço de saúde optar por manter uma rotina de visita, era orientado:

[...] reduzir a circulação das pessoas, o número de visitantes e estabelecer horários para sua realização, além de designar sala de espera ampla e ventilada separada dos demais atendimentos. Conversar com a família sobre a possibilidade de se manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas. Ressalta-se que acompanhantes com faixa etária de risco maior para a Covid-19 ou com antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão não devem estar na condição de acompanhantes. Proibir acompanhantes para os pacientes com síndrome gripal (exceto em condições previstas por lei: crianças, idosos e portadores de necessidades especiais). Evitar a entrada de acompanhantes/visitantes com sintomas respiratórios. Recomenda-se evitar visitas e acompanhantes a pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI); revezamentos de acompanhantes somente se necessário. Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Caso seja necessário e haja possibilidade de contato com fluidos corporais, deverão ser fornecidas luvas e orientar a higiene das mãos sempre que tocar o paciente. Solicitar a saída do

⁶ Além dos protocolos a serem adotados nos hospitais, recomendou-se que funerais não fossem realizados para pacientes confirmados ou suspeitos de covid-19, devido à aglomeração de pessoas, tendo como consequência “enterros-relâmpago, parentes desolados, luto frustrado” (Silva, 2020, p.534, *apud* Grisotti *et al.*, 2022).

acompanhante do quarto/enfermaria em caso de procedimentos geradores de aerossol (Ministério Da Saúde, 2020, p. 24).

Neste ponto vale dizer que as medidas para enfrentamento da pandemia atravessaram de forma súbita as instituições, os profissionais e usuários do sistema de saúde. Não só a estrutura física e a assistência tiveram que ser adaptadas e limitadas, mas também, e especialmente, a abordagem ligada aos aspectos subjetivos imbricados em todo processo de cuidado em saúde. O adoecimento e a morte já haviam tomado novos contornos com as sociedades industrializadas em que a recusa e a “tentativa de reduzir o sofrimento aumentou a dependência dos indivíduos/pacientes em relação à tecnologia e a instituição médica” (Grisotti *et al.*, 2022, p. 313). Nesse ponto, a morte mediada pela tecnologia e aparato hospitalar em oposição da morte no contexto da vida cultural já suscitam inquietações, que são potencializadas em tempos de pandemia (Grisotti *et al.*, 2022).

Os profissionais da saúde relataram que a morte por Covid-19 em pessoas internadas é enquadrada como uma “morte difícil”⁷, em que se combinam sentimentos de abandono e solidão em razão dos protocolos que restringem o contato tanto dos familiares quanto da equipe de saúde com o paciente, bem como da permanência prolongada dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica em UTI. [...] A relação com os corpos e com os ritos que acompanham o fim da vida em situações ordinárias, dentro das rotinas dos hospitais, acaba sendo alterada em razão da pandemia. Os protocolos diferenciados de segurança para óbitos em casos de Covid-19 tendem a objetificar ainda mais o processo de morte, acentuando as tendências mais gerais de individualização e afastamento de idosos e moribundos do convívio com as pessoas mais jovens. Na percepção dos trabalhadores, no caso da Covid-19 as restrições impostas tornam o fim da vida ainda mais sofrido (Grisotti *et al.*, 2022, p. 313–314).

Paralelo a esses inúmeros desafios impostos pela pandemia, o processo de cuidar dos pacientes com Covid-19 impactou “o programa de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação às formas de acolhimento e contato com os pacientes” uma vez que o acolhimento precisava vir acompanhado de distanciamento (Grisotti *et al.*, 2022, p. 314). Somado a isto, estudos também chamam a atenção para as limitações do cenário, a gravidade e complexidade dos casos como sendo fatores entrelaçados na rotina que

⁷ Segundo Kovács (2010, p.422, *apud* Grisotti *et al.*, 2022, p. 312), o processo de morrer passa por duas trajetórias: Uma em que se observa o lento apagar das funções do corpo até o óbito e outra acompanhada de: delírio, confusão mental, agitação, dor intensa. A “boa morte” envolve a consciência de sua aproximação; manutenção do controle da situação; dignidade e privacidade; alívio de sintomas; escolha do local da morte; acesso à informação e esclarecimento; suporte emocional, social e espiritual; presença de pessoas significativas; direitos preservados; despedidas; não ter a vida prolongada indefinidamente. Morte difícil é aquela que não é aceita, com revolta e conflito entre familiares, e sentimentos de abandono ou solidão.

potencializam a angústia e o sentimento de impotência nos profissionais de saúde (Teixeira *et al.*, 2020).

Além dos processos de sofrimento inerente ao ambiente hospitalar e potencializado com advento da pandemia, acresce-se que um dos principais grupos de maior risco de adoecimento se trata dos profissionais da linha de frente do cuidado em saúde em vários aspectos. O adoecimento mental a partir da proximidade com o sofrimento ou morte dos pacientes, o esforço o emocional e físico para cuidar de um número crescente de pacientes, especialmente em hospitais de campanha, muitos sem equipes treinadas e sem estrutura adequada (Freitas; Barcellos; Villela, 2020, p. 15), o cansaço diante da rotina extenuante e por vezes com carga horária expandidas, e o “acesso limitado a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico” (Avanin, 2020 *apud* Teixeira *et al.*, 2020). Concomitante com o medo e risco de ser infectado pela exposição a altas cargas virais, o receio de infectar membros de sua família e a preocupação com os colegas de trabalho que também poderiam ficar gravemente doentes e, às vezes, morrer de COVID-19.

É fato, que os estudos apontam para a recorrência do aumento dos relatos de sintomas de ansiedade, perda da qualidade do sono, depressão, aumento do uso de drogas e sintomas psicossomáticos (Teixeira *et al.*, 2020), além do número crescente dos profissionais que foram infectados e que vieram a óbito (Freitas; Barcellos; Villela, 2020, p. 15).

Por conseguinte, é inegável a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atender as demandas intensas provocadas pela pandemia de Covid-19, necessitando assim de protocolos clínicos e fluxos mais rígidos, do aumento da oferta de leitos e do aumento exponencial das equipes, no entanto, e retomando a proposta do presente estudo, cabe indagar: essas mudanças nos protocolos também consideraram a produção da saúde por meio dos diversos modos de existência individuais e coletivos, ou apenas reforçaram um conservadorismo em torno de velhos conceitos? (Seixas *et al.*, 2021, p. 3) e ainda, como a os a Humanização do cuidado participou ou poderia ter participado nessas mudanças? em vistas a possibilitar novas formas de produção de saúde mesmo diante de tantas limitações e impedimentos.

Por fim, destaca-se que a pandemia trouxe consigo uma série de mudanças que demandaram constantes readaptações à medida que o conhecimento acerca do manejo da doença progrediu. Cada ano de pandemia e cada onda apresentaram características similares, mas também com diferentes e novos marcos. Nesse contexto, a indagação que se faz é: Será que, à medida que a pandemia avançou e o conhecimento sobre a doença aumentou, as

instituições de saúde realizaram as devidas readaptações, focando no protagonismo profissional, na autonomia e participação dos pacientes e familiares, bem como em mudanças voltadas para humanização do cuidado, que foram significativamente impactadas no início da pandemia?

3 HUMANIZAÇÃO: UM TRAJETO HISTÓRICO E POLÍTICO

Em 1972, em São Francisco, ocorreu o simpósio nacional americano Humanizing Health Care (Humanizando o Cuidado em Saúde), que reuniu cientistas sociais e profissionais de saúde de todo país no intuito de examinarem os aspectos desumanizadores do tratamento e práticas no cuidado à saúde nas instituições médicas existentes, assim como suas “consequências e causas da despersonalização e possíveis abordagens para a mudança” (UCSF, 1972, p. 5). As questões centrais desse Simpósio foram destacadas por Dr. Jan Howard (1972), coordenador do simpósio, a serem consideradas:

À medida que a prestação de cuidados de saúde se torna cada vez mais orientada para o sistema, profissionais preocupados questionam se a arte da medicina está perdendo seu toque pessoal. Será que a autonomia e dignidade dos pacientes e profissionais individuais devem ser sacrificadas em nome da suposta eficiência? Podemos aumentar o acesso aos serviços, reduzir seus custos e melhorar os cuidados sem permitir que as instituições de saúde se tornem 'fábricas' impessoais de produção em massa? (UCSF, 1972, p. 5).

Dessa forma, há mais de quarenta anos, nesse simpósio, já se discutia os fatores que repercutem para a (des)humanização do cuidado, destacando a partir de estudos e reflexões das décadas anteriores, a interação entre médico e paciente; a educação médica; a comunicação e o acesso à informação durante o tratamento; as dinâmicas hierárquicas e de poder na prestação de cuidados e nas decisões tomadas; bem como os fatores psicológicos e subjetivos (Geiger, 1975; Howard, 1975; Leventhal, 1975; Howard & Tyler, 1975 apud Deslandes, 2006).

De fato, alguns destaques históricos são inevitáveis e essenciais para melhor compreensão do debate sobre a humanização do cuidado, principalmente pela sua conotação polissêmica. Aqui podemos destacar de forma breve, mas que será melhor explorada, alguns fatores participantes desse debate na área da saúde, tais como: o papel da sociologia médica norte-americana, a partir de uma leitura funcionalista dos papéis do médico e do doente em um dado sistema e controle social; as contribuições da tradição interacionista que darão base para a reflexão apresentada nos EUA sobre a humanização; investigações como a de Goffman (1961) em que retrata os intensos processos de despersonalização ocorridos nos hospitais psiquiátricos trazendo o importante debate das “instituições totais”; estudos voltados para o comportamento na doença e a análise de se estar doente; “a crítica ao sistema de saúde ao seu *modus operandi* e à ação de seus agentes na reprodução do sistema capitalista e nas relações de desigualdade e subordinação impostas por este modelo” (Deslandes, 2006, p. 36); os esforços na produção de modelos explicativos sobre a desumanização e análise da humanização do cuidado durante a

década de 70 e as valiosas contribuições da filosofia, psicologia, psicanálise, entre outros saberes (Deslandes, 2006).

Nesse ínterim, observamos que o termo “humanização” não é recente e tem sido reiterado no âmbito da saúde. Segundo Deslandes (2004), essa discussão participa há décadas da pauta dos movimentos feministas em saúde como no caso da humanização do parto, no respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, na humanização da assistência a crianças, sobretudo aos bebês de baixo peso e internados em UTI. Além disso, nos modelos de assistência pautados na humanização, considerados referência para rede pública e apoiados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996 *apud* Deslandes, 2004) como é o caso dos projetos Maternidade Segura e o Método Canguru.

Considerada um dos focos do debate na 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2000, a temática da humanização ganha um novo status no Brasil quando o Ministério da Saúde (2000) regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe através de um conjunto de ações integradas promover de forma substancial melhoria na qualidade e na eficácia dos serviços prestados ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, sendo seu “objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (Ministério Da Saúde, 2000). A proposta do programa legitimava o grande número de iniciativas de humanização que já estavam em andamento nos hospitais, contudo eram encontradas de forma setorial, concentrando-se em departamentos ou atenções específicas, sem conseguir difundir e envolver o todo das organizações, impossibilitando assim uma mudança cultural institucional em relação à humanização da qual se propunha o PNHAH (Ministério Da Saúde, 2000). Segundo Ministério da Saúde no documento oficial do programa:

O Ministro da Saúde, José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil (Ministério Da Saúde, 2000, p. 9).

O PNHAH acaba por ser resultado da descrença da população no SUS. O documento ainda relata um importante ponto sobre a avaliação do público, onde:

[...] a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos etc. (Ministério Da Saúde, 2000, p. 5).

Em outras palavras, um dos principais resultados encontrados nas pesquisas de avaliação dos serviços de saúde apontava para os infortúnios na qualidade do atendimento ao usuário, assinalando questões importantes e de urgência na resolução. Entre eles os maus-tratos, seja no âmbito físico quanto no psicológico e simbólico, este último que pode ser apresentado pela dor de não ter a compreensão e reconhecimento das necessidades culturais e emocionais dos usuários, assim como à imposição de determinados padrões morais e comportamentais, rememorando a marca histórica do hospital moderno, que estabelecia, em sua estrutura organizacional, o isolamento dos pacientes, a falta de individualidade, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos e mentes a procedimentos e decisões que não compreendiam (Foucault, 1977, 1979; Rosen, 1979 *apud* Deslandes, 2004). Por outro lado, é importante destacar que em relação aos "maus-tratos", também pode ocorrer que o próprio usuário assuma o papel de agressor, muitas vezes expressando seu desespero por não receber o atendimento adequado, após ter percorrido várias instituições, dentre outros motivos (Pettersson *et al.*, 1999; Forrester, 2002; *apud* Deslandes, 2004).

Dessa forma, no período de 2000 a 2002, a humanização passou a fazer parte da agenda política com uma estrutura de programa de humanização. Sendo assim, iniciava-se ações no âmbito hospitalar para melhoria na qualidade da atenção ao usuário e posteriormente ao trabalhador. Porém essas iniciativas esbarravam com um cenário ambíguo onde: “a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais” (Benevides; Passos, 2005, p. 389).

De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos (Benevides; Passos, 2005, p. 389).

Sendo assim, em 2003, o recém-empossado governo, mesmo reconhecendo a importância do programa e os resultados significativos alcançados em várias regiões do país, identificou fragilidades político-organizacionais no PNHAH. Entre elas, destacavam-se a falta de alcance interno e intersetorial, com pouca divulgação até mesmo dentro do próprio Ministério da Saúde, e uma atuação restrita aos hospitais. Em decorrência disso, o PNHAH foi submetido a uma revisão pela nova equipe do Ministério da Saúde e foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH). Essa mudança transformou o programa específico e

verticalizado em uma política transversal, que englobava iniciativas já existentes, mas as rearticulava para superar o caráter isolado de cada uma. O objetivo era potencializá-las e difundir o conceito de humanização para todas as práticas de saúde do SUS, enfatizando a conexão indissociável entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde (Ministério Da Saúde, 2003, p. 7).

Conceitualmente, o PNH transfere a gravidade que o termo humanização possui, qual seja, “atitudes e sentimentos de benevolência, cordialidade, hospitalidade e interação harmoniosa entre sujeitos [...] logo o oposto disto seria imediatamente identificado como desumanização” (Pasche, 2013) para ideia de que humanizar é cuidar, e não adjetivações sobre atitudes, ideias e ações.

Do ponto de vista metodológico há dois elementos centrais invariavelmente interligados: (1) a participação do usuário em todas as etapas dos processos de saúde, imbuído de poder discricionário e não somente consultivo, e (2) a horizontalização das categorias profissionais de maneira a pôr de lado a hierarquização do saber, alçando de forma eficaz lugar de diretriz de gestão, de maneira a ter “seu reconhecimento como tecnologia potente para a produção de saúde” (Pasche, 2013). Tais elementos não pretendem criar minigestores que governam sua diminuta pasta, mas sim uma equipe de saúde que terá sua própria linguagem e dinâmica, podendo ter uma infinidade de características próprias relativas às pessoas que ali convivem com suas igualdades e diferenças (Pasche, 2013).

Dessa forma, a PNH foi produzindo seu marco teórico-metodológico e estrategicamente estruturando seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. No que diz respeito aos princípios, a PNH é orientada pelo princípio da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e pelo protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Estes são elementos centrais que dispõem a forma como a PNH entende a ação transformadora da política pública de saúde (Pasche; Passos, 2008). De acordo com Pasche e Passos:

Transversalidade - é entendida como ampliação e aumento da capacidade de comunicação, de um lado, entre políticas, programas e projetos e, de outro lado, entre sujeitos e coletivos. Uma política que aposta na afecção e na ampliação da capacidade de troca e interação entre sujeitos; **Indissociabilidade entre práticas de gestão e práticas de atenção à saúde** - entre a política e a clínica, entendidas como elementos inseparáveis, dimensões sempre presentes nas práticas de saúde. Dessa maneira, não se toma o campo das chamadas ciências da saúde - que informam as práticas e conformam o campo das tecnalidades - como separado daquele referente à gestão, à forma de condução das organizações e definidor dos processos de trabalho. Quando se atua em um destes campos, imediatamente, se mexe no outro; e **Protagonismo dos sujeitos e dos coletivos** - aposta na ação transformadora dos sujeitos no mundo, que o produzem criando a si próprios (Pasche; Passos, 2008, p. 96).

A partir da descrição dos princípios que orientam a Política Nacional de Humanização, desdobra-se um conjunto de definições concernentes aos métodos, diretrizes e dispositivos que “produzem um modo singular de intervenção sobre as práticas, os saberes, as organizações e processos de trabalho” (Pasche; Passos, 2008).

No que diz respeito às diretrizes, encontramos conceitos que norteiam e que são caros à PNH, sendo eles o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013). Seus dispositivos são arranjos que podem ser materiais ou não, que provocam, mobilizam, estimulam ou potencializam um processo que visa promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão (Pasche; Passos, 2008). Para tal, o método estabelecido pela PNH trata-se de uma tríplice inclusão, dos sujeitos, dos coletivos e dos analisadores sociais, este último derivado dos resultados “da inclusão de sujeitos e coletivos nos processos de trabalho, elementos de tensionamento e de perturbação do instituído” (Pasche; Passos, 2008), dito de outra forma, a perturbação e estranhamento provocados pela inclusão geram movimentos capazes de provocar mudanças no que está dado.

Sendo assim e transpondo o método da Política Nacional de Humanização para as unidades hospitalares, surge um paradoxo ao recordamos que “os hospitais são estruturas hipercomplexas [que adotam] modos de organização tradicional, com gestão verticalizada e pouco participativa”, logo, mexer em seus modos de gestão e organização, torna-se uma difícil tarefa (Pasche, 2013). Destaca-se que para tais características não faltam justificativas. Há dois elementos centrais neste processo: (1) a forma de financiamento que faz “emergir a questão da sustentabilidade econômico-financeira dos hospitais na rede SUS” (Pasche, 2013), incluindo aí complexos atores como, por exemplo, as organizações privadas que fazem parte do sistema de saúde suplementar, e que estão ligados umbilicalmente à questão (2) técnico-científica da assistência à saúde, percorrendo meandros sutis que versam desde o que seja ciência nos círculos mais conceituais existentes em núcleos universitários, até o que a população acredita que deva ser oferecido e priorizado na assistência oferecida pelo SUS.

Do ponto de vista prático tais elementos ajudam a explicar o porquê “[d]a estrutura organizativa e da tradição gerencial dos hospitais brasileiros [serem] organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras” (Campos; Araújo; Rates, 2008 *apud* Pasche, 2013). Em grande medida a baixíssima participação na gestão das categorias profissionais e dos usuários atrelada a “grande liberdade e autonomia de inserção nas redes/sistemas locais/regionais de saúde”

(Pasche, 2013) torna as unidades hospitalares, em última análise, vítimas de si mesmos, ou seja, isoladas, temidas e relacionadas à morte e não à vida. Nesse quesito, um dos cadernos da PNH voltada para a atenção hospitalar, lançada em 2013, demarcava pontos ainda atuais:

A estas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura interna de poder tem sido marcada pelo excessivo poder técnico-burocrático, em geral colonizado pela tradição médica, que tem ação disciplinadora, de ordenamento e controle do conjunto dos processos de trabalho. Isso tem produzido relações de trabalho bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, considerando a posição que se ocupa na estrutura organizativa do trabalho. [...] Não bastasse isto, a relação com os usuários/pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela pouca participação destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e mesmo aos profissionais, sobretudo médicos (Pasche, 2013, p. 35).

Considerando os desafios a serem superados, especialmente nas instituições hospitalares, a Política Nacional de Humanização (PNH) fomenta a democratização dos processos de saúde e o protagonismo dos profissionais envolvidos no sistema, estimulando uma cultura de trabalho e cuidado fundamentada em comunicação efetiva, respeito à autonomia do usuário e fortalecimento dos laços entre profissionais e pacientes. É relevante ressaltar que a humanização nessas instituições está intrinsecamente ligada à humanização da sociedade como um todo. No contexto brasileiro, é crucial avançar em direção a um cuidado digno frente à dor e ao sofrimento humano no sistema de saúde, além de aprimorar a formação dos profissionais de saúde para estabelecer uma nova cultura de assistência (Pessini, 2004).

Em meio aos desafios enfrentados no sistema de saúde e ao cenário catastrófico instaurado pela pandemia de Covid-19, com medidas drásticas e um elevado número de vidas perdidas, surge a necessidade premente de investigar o impacto nas estratégias e dispositivos de humanização nas unidades hospitalares durante o enfrentamento da Covid-19. De forma a questionar como as práticas de humanização foram adaptadas para atender às demandas emergenciais e como essas adaptações influenciaram no protagonismo e na qualidade do cuidado em saúde. É imprescindível refletir sobre o cuidado em situações de crise sanitária, considerando que a PNH, apesar de fornecer conceitos valiosos, possui limitações, inclusive diante de uma pandemia sem precedentes que evidenciou as fragilidades estruturais e demandas urgentes que vão além das abordagens tradicionais de humanização.

Diante das adversidades enfrentadas, é essencial questionar como evitar que as medidas adotadas não agravem ainda mais o sofrimento dos usuários, familiares e profissionais de saúde? Quais práticas podem ser reaproveitadas para fortalecer a autonomia do paciente, a participação familiar e o protagonismo dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que se busca garantir a integração entre a gestão e a atenção à saúde? Assim como, atentar-se para quais práticas implementadas durante a pandemia podem ser deturpadas para atender ao modelo de capitalização do cuidado e aos interesses institucionais, que poderia prejudicar os avanços alcançados pelas propostas da Política Nacional de Humanização?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo central deste estudo consiste em: Identificar os desafios enfrentados durante as internações hospitalares por Covid-19 e as implicações que esses desafios tiveram nas práticas de cuidado pautadas na humanização.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A fim de guiar o estudo em direção a seu objetivo central, foram estabelecidos os objetivos específicos, sendo eles:

- Compreender as dificuldades presentes no cotidiano das internações por Covid-19 que dificultaram a prática de humanização;
- Discutir os desafios do cuidado hospitalar em saúde durante uma crise sanitária; e
- Identificar nas produções científicas quais práticas humanizadas foram realizadas nas internações por Covid-19.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar esses objetivos poderiam ser aplicadas diversas metodologias, uma vez que os métodos de pesquisa existentes não são opostos nem adversários, mas sim complementares (Vieira; Hossne, 2015), entretanto, há sempre caminhos mais apropriados para se investigar os objetos propostos em pesquisas. Nesse sentido, foram consideradas importantes variáveis para a escolha da metodologia empregada neste estudo, incluindo o tempo disponível para execução da pesquisa, o conhecimento prévio da temática pela comunidade científica e os limites psíquicos da própria investigadora. Este último, com peso significativo na decisão pela metodologia, pois a temática escolhida é fruto da experiência vivida pela pesquisadora como psicóloga hospitalar na linha de frente do combate à pandemia de Covid-19 ao longo de dois anos.

Apesar do desejo discorrido pelo tema e do sentimento de compromisso/dever com os pacientes e familiares atendidos nesse período, entrar em contato com os afetos desencadeados pela temática proposta não foi um caminho fácil de percorrer, já que escrever também é uma forma de reviver essas experiências. Neste sentido, há um efeito traumático presente nas memórias da Pandemia de Covid que não se limita a uma percepção individual, mas um sentimento coletivo que tomou o mundo, e em especial, trabalhadores de saúde, pacientes e familiares que passaram pela experiência de hostilização pela Covid-19 durante os anos 2020 e 2021.

Permitindo, então, uma necessária digressão e considerando, que este estudo pode ser um ponto de partida para o desenvolvimento de futuras pesquisas que possam explorar outras metodologias, optou-se por realizar no presente estudo uma revisão narrativa da literatura de abordagem qualitativa, visto que os estudos qualitativos “respondem a questões muito particulares” (Minayo, 2011) e aplicam-se ao estudo de fenômenos complexos relacionados à história, as relações, representações, percepções, crenças e opiniões que são produzidos pelos humanos através das interpretações que fazem acerca de como vivem, sentem e pensam (Minayo, 1992).

A opção pela revisão narrativa se deu em função de permitir a inclusão simultânea de diferentes tipos de estudos permitindo o alcance amplo nos achados científicos relacionados à temática. Além disso, são apropriadas para “descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (Rother, 2007).

Além disso, a revisão narrativa, considerada como tradicional ou exploratória, não exige o estabelecimento de critérios explícitos e estratégias de busca exaustivas, permitindo que a seleção dos artigos seja feita de forma arbitrária sem seguir uma sistemática específica ou esgotar todas as fontes de informação (Cordeiro *et al.*, 2007, *apud* Ferenhof; Fernandes, 2016, p. 551). Ou seja, os estudos de revisão narrativa, são constituídos pela seleção da literatura publicada sobre a temática e na interpretação e análise crítica do autor (Rother, 2007). A escolha desta metodologia versa com o intuito de investigar as discussões que veem sendo feitas na comunidade científica relacionadas ao tema proposto, bem como identificar as lacunas existentes.

Somado a revisão narrativa da literatura e visando dialogar com os resultados encontrados, este estudo se vale de narrativas como testemunho decorrente da experiência vivida pela pesquisadora. Inspirada pelas reflexões de teóricos, como Jean Améry (Panarra, 2009), o testemunho é reconhecido como uma poderosa ferramenta para dar voz as vivências em situações extremas, revelando os desafios enfrentados e ressaltando a importância de resistir ao esquecimento. De maneira semelhante, Primo Levi (Maciera, 2022), enfatiza a necessidade de documentar a realidade dos eventos catastróficos, visando proporcionar um aprendizado às gerações futuras por meio das experiências vividas. Adicionalmente, Jeanne Marie Gagnebin (2006) e Márcio Seligmann-Silva (2005) exploram a dimensão ética, política e psicológica do testemunho, destacando a importância de dar voz aos sobreviventes e enfrentar o trauma por meio da expressão narrativa. Nesse contexto, o testemunho desempenha um papel fundamental na construção de uma memória coletiva sólida e genuína sobre os desafios e impactos da pandemia. Sua contribuição é valiosa para o entendimento coletivo, promovendo empatia e inspirando ações que visam enfrentar crises futuras de maneira mais humana e consciente.

Para tal, em conformidade com a Resolução N°510 do Conselho Nacional de Saúde, publicada em 2016, que estabelece diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais (CHS), não é necessário registrar ou avaliar pesquisas cujo objetivo seja o aprofundamento teórico de situações que surgem espontaneamente e de forma contingencial na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar os participantes (CNS, 2016), não incorrendo na necessidade de submissão deste trabalho para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Desta forma, a fim de elucidar o percurso adotado na realização e desenvolvimento do presente estudo, são apresentadas a seguir os elementos utilizados para o levantamento das

publicações presentes na literatura sobre o tema em investigação, assim como critérios que foram adotados para a seleção dos estudos que compõem a amostra desta revisão.

Durante o período de dezembro de 2022 a fevereiro de 2023, foram realizadas as primeiras etapas para o levantamento bibliográfico: definição de descritores, estratégias de combinação entre os descritores, definição das bases de dados e finalmente o levantamento e seleção das publicações encontradas na literatura. Dessa forma, as bases de dados escolhidas foram a da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e da Pubmed. Nelas foram utilizados os descritores definidos de acordo com o DeCS/MeSH⁸ e juntamente com algumas palavras-chave que foram incorporadas a fim de expandir as buscas, conforme listado no Quadro 1.

Quadro 1 – Relação dos DeCS/MeSH e palavras-chave utilizados para busca bibliográfica

Relação dos DeCS/MeSH e palavras-chave utilizados para busca bibliográfica			
DeCS		MeSH	Palavras-Chaves
Português	Inglês		
Humanização Humanização da Assistência Humanização da Assistência Hospitalar	Humanization of Assistance	Humanism Health Care Quality, Access, and Evaluation	Humanize Humanizing
Hospitalização Internação Hospitalar	Hospitalization	Hospitalization Patient Care Health Services	-
Covid-19 Pandemia por Covid 19	COVID 19 Pandemic Disease 2019, Coronavirus	COVID 19 Coronavirus Disease 2019 COVID-19 Pandemic	-

Fonte: Elaboração própria.

No campo de busca das bases de dados, os descritores e palavras-chave foram combinados através dos Operadores Booleanos⁹, conforme mostra o Quadro 2. Em função da

⁸ DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), trata-se de um vocábulo controlado e organizado de forma hierárquica, derivado do tesouro MeSH (Medical Subject Headings, elaborado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (NLM). São utilizados para indexar a literatura científica das ciências da saúde e biomédicas, assim como buscar e recuperar informações nas bases de dados da BVS. O objetivo é permitir o uso de terminologia comum para buscar em vários idiomas. Os DeCS são atualizados na frequência do MeSH, ou seja, anualmente. “Em cada versão anual, são realizadas eliminações, substituições e criação de novos descritores, sinônimos ou áreas que refletem a produção científica atual” (“DeCS – Descritores em Ciências da Saúde”, 2020).

⁹ Os Operadores Booleanos são usados para informar ao sistema de busca como combinar os termos utilizados para a realização da pesquisa. Estes operadores são: AND, OR e NOT significando respectivamente E, OU e NÃO ((CAPCS, [s.d.]

particularidade de cada base de dados, foi necessária a aplicação de combinações ou filtros diferentes¹⁰. De toda forma, o filtro referente ao período das publicações compreendendo os anos de 2020, 2021 e 2022, e a opção de texto disponível na íntegra, foram aplicados igualmente em ambas as bases de dados. Além de examinar a literatura nacional sobre o assunto, também se levou em conta a pesquisa estrangeira, visto que se trata de uma temática recente e que oferece oportunidades de aprofundar as conclusões e pistas que podem enriquecer a análise do estudo, tendo a Política Nacional de Humanização (PNH) como um enfoque teórico para dialogar com os achados obtidos.

Quadro 2 – Combinação dos descritores e palavras-chave no campo de busca das bases de dados

Combinação dos descritores e palavras-chave no campo de busca das bases de dados	
BVS	(Humanization of Assistance) OR (Humanism) OR (Health Care Quality, Access, and Evaluation) OR (humanize) OR (Humanizing) OR (humanization) AND (COVID 19 Pandemic) OR (Disease 2019, Coronavirus) OR (Coronavirus Disease 2019) OR (COVID 19) OR (COVID-19) OR (COVID-19 Pandemic) AND (Hospitalization) OR (Patient Care) OR (Health Services) OR (mental health)
	Filtros: Período 2020 a 2022 – Texto completo disponível
Pubmed	((Humanization of Assistance[Title/Abstract]) OR (Health Care Quality, Access,[Title/Abstract] AND Evaluation[Title/Abstract])) OR (Humanizing[Title/Abstract]) OR (humanization[Title/Abstract]) OR (humanize[Title/Abstract]) AND (Hospitalization[Title/Abstract]) OR (Patient Care[Title/Abstract]) OR (Health Services[Title/Abstract]) OR (Institutionalization[Title/Abstract]) AND (COVID 19 Pandemic[Title/Abstract]) OR (Disease 2019, Coronavirus[Title/Abstract]) OR (COVID 19[Title/Abstract]) OR (COVID-19 Pandemic[Title/Abstract]) OR (Coronavirus Disease 2019[Title/Abstract]) NOT (epidemiology[Title/Abstract]) NOT (meta-analysis[Title/Abstract]) NOT (pregnancy[Title/Abstract]) NOT (asymptomatic[Title/Abstract]) NOT (mental disorders[Title/Abstract]) NOT (mental health[Title/Abstract]) NOT (vaccination[Title/Abstract])
	Filtros: Período 2020 a 2022 – Texto completo disponível

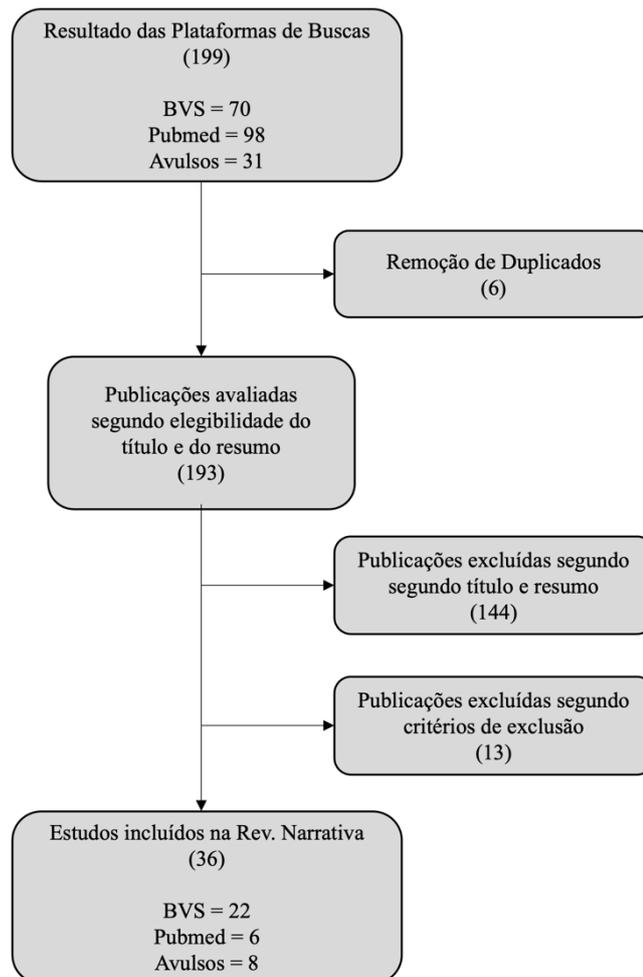
Fonte: Elaboração própria.

Na medida que o levantamento das publicações era realizado, uma lista complementar foi criada paralelamente, contemplando estudos avulsos que foram sendo recomendados pelas bases de dados baseado na similaridade com o tema pesquisado ou de referências utilizadas pelos artigos selecionados. Desse modo, o total de publicações encontradas foi de 199, das quais 70 foram encontradas na BVS, 98 na Pubmed e 31 obtidas a partir das referências das publicações e das recomendações das bases de dados.

¹⁰ É fundamental destacar a valiosa assistência e orientação prestadas pelos bibliotecários da ENSP/Fiocruz, cuja colaboração foi de grande importância na definição dos descritores e nas estratégias de busca.

As publicações identificadas foram registradas e estruturadas em uma planilha no Google Drive, separadas por banco de dados. Em seguida, os estudos duplicados foram removidos e a avaliação de elegibilidade foi realizada com base na leitura dos títulos e resumos, excluindo-se as publicações que não abordavam a temática pesquisada e/ou que não atendessem os critérios de seleção, sendo eles: estudos publicados no período de 2020 a 2022, disponíveis em texto completo e que abordassem o contexto da pandemia de Covid-19. Outros estudos, foram retirados conforme critério de exclusão: estudos pagos (optando por pesquisas que estão amplamente disponíveis para a comunidade acadêmica e profissional sem a necessidade de pagamento) e estudos que tratassem da humanização no contexto da covid-19 nas instituições neonatais, pediátricas ou na atenção primária (em função da pesquisa em instituições neonatais, pediátricas ou na atenção primária poder envolver desafios e considerações diferentes em relação à humanização em comparação com instituições hospitalares e com público adulto). Esse caminho percorrido e os resultados obtidos são mais bem detalhados na figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da Revisão



Fonte: Elaboração própria.

A amostra deste estudo foi constituída por 36 publicações, conforme listado no Quadro 3. Além dessas fontes, outras foram utilizadas ao longo da análise e discussão, como livros, artigos, documentos de órgãos governamentais e notícias veiculadas na internet. Também foram consideradas as narrativas da minha experiência enquanto profissional da saúde da linha de frente que foram apresentadas em itálico no texto principal e, ao final de cada uma delas, foi adicionado o código (NP) – narrativa pessoal – em sobrescrito e negrito para uma melhor identificação. Isso se justifica pelo fato de muitas citações retiradas da literatura serem compostas por falas e, por isso, também se apresentarem em itálico.

Quadro 3 - Publicações selecionadas na amostra do estudo

Publicações selecionadas na amostra do estudo		
Código	Publicações	País
BVS-1	(Redman; Carneiro, 2021)	Brasil
BVS-2	(Scorsolini-Comin, 2022)	Brasil
BVS-3	(Parotto et al., 2022)	Itália
BVS-4	(Miguel et al., 2021)	Brasil
BVS-5	(Andrés, 2021)	Bolívia
BVS-6	(Figueiredo et al., 2021)	Brasil
BVS-7	(Sales et al., 2021)	Brasil
BVS-8	(Ramos et al., 2021)	Brasil
BVS-9	(Noya et al., 2021)	Uruguai
BVS-10	(Vasconcelos; Bussinguer, 2021)	Brasil
BVS-11	(Gómez-González et al., 2021)	Colômbia
BVS-12	(Fernández-Castillo et al., 2021)	Espanha
BVS-13	(Vitale et al., 2021)	Itália
BVS-14	(Cussó; Navarro; Gálvez, 2021)	Espanha
BVS-15	(Avellaneda-Martínez et al., 2021)	Espanha
BVS-16	(Larramendy; Rucci, 2021)	Argentina
BVS-17	(Silva Junior et al., 2021)	Brasil
BVS-18	(Carbajal et al., 2020)	Peru
BVS-19	(Sánchez, 2020)	Espanha
BVS-20	(Bambi et al., 2020)	Itália
BVS-21	(Paula et al., 2020)	Brasil
PUB-22	(Osuna; Llana; Altisent, 2020)	Espanha
PUB-23	(McNairy; Bullington; Bloom-Feshbach, 2020)	EUA
PUB-24	(Greiner, 2021)	EUA
PUB-25	(Fins, 2020)	EUA
PUB-26	(Subhani; Wijayarathne; Jayasinghe, 2021)	Sri Lanka
PUB-27	(Zerbi et al., 2021)	Itália
AVS-28	(Choi, 2020)	EUA
AVS-29	(Levorato et al., 2020)	Brasil
AVS-30	(Camacho; González; Baro, 2021)	México
AVS-31	(Rubin, 2021)	EUA
AVS-32	(Fernández-Martínez et al., 2022)	Espanha
AVS-33	(Fernandes et al., 2022)	Portugal
AVS-34	(Rose et al., 2020)	Reino Unido
AVS-35	(Marin-Corral; Garcia-Sanz; Masclans, 2021)	Espanha
AVS-36	(Kentish-Barnes et al., 2021)	França

Fonte: Elaboração própria.

Dos estudos selecionados, foi feita uma prévia leitura para orientar sua inclusão nas categorias de análise. Com o intuito de sistematizar e analisar os resultados obtidos na revisão, optou-se por abordar duas categorias temáticas (Categoria 1 – O cenário catastrófico da pandemia de Covid-19 – Categoria 2 – Potência Coletiva: mitigação dos danos impostos pela pandemia de covid-19) que exploram a questão central da pesquisa: os desafios enfrentados por profissionais de saúde, pacientes e familiares durante as hospitalizações por COVID-19, as consequências desses desafios nas práticas de cuidado baseadas na humanização e quais práticas humanizadas foram realizadas nas internações por Covid-19.

6 RESULTADOS

Nesta revisão, foram analisadas 36 publicações, das quais 25 (69,4%) correspondem a artigos e 11 (30,6%) são compostas por editoriais, opiniões, cartas, pré-impressões e outros formatos. É importante destacar que pelo menos um terço das publicações incluídas nesta revisão não se trata de artigos convencionais. Isso ocorreu devido ao contexto de urgência imposto pela pandemia da covid-19, especialmente por se tratar de um evento recente. Portanto, foram considerados outros tipos de documentos além dos artigos, como exposto no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição das publicações por tipo de documento

Distribuição das publicações por tipo de documento		
Tipo de Documento	Quantidade	Percentual
Artigo	25	69,4%
Editorial	04	11,1%
Ensaio e Opiniões	01	2,8%
Carta	02	5,5%
Manuscrito	01	2,8%
Preprint	01	2,8%
Entrevista	01	2,8%
Não Convencionais	01	2,8%

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao ano das publicações, verifica-se no Quadro 5 que a maioria das publicações presentes na amostra desse estudo ocorreu em 2021, o que sugere algumas razões para esse fato. Primeiramente, o ano de 2020 foi marcado por um esforço global intenso para pesquisar e compreender a Covid-19. No entanto, o tempo disponível para conduzir esses estudos não foi suficiente (devido à necessidade de rigor científico, responsabilidade, tempo e observação adequada) para acompanhar a velocidade dos danos causados pela Covid-19. Outro fator relevante foi o aumento dos recursos financeiros e da infraestrutura direcionados para a realização de pesquisas à medida que a pandemia se desenvolvia. Além disso, muitos desses estudos concluíram suas fases de pesquisa e análise de dados em 2021, resultando em um aumento expressivo no número de publicações.

Quadro 5 - Distribuição das publicações por ano

Distribuição das publicações por ano		
Ano	Quantidade	Percentual
2020	10	27,8%
2021	21	58,3%
2022	05	13,9%

Fonte: Elaboração própria.

Quanto a área de conhecimento os resultados revelam a presença de diversas categorias profissionais distribuídos nos estudos analisados. Destaca-se, em primeiro lugar, a participação significativa da área de Enfermagem, com 58 profissionais, representando 37,2% do total. A Medicina também se destaca, com a participação de 46 profissionais, o que corresponde a 29,5% do total. A Psicologia contribuiu com 18 profissionais, enriquecendo a compreensão do tema abordado nos estudos. O Serviço Social, com a participação de 10 profissionais, trouxe uma perspectiva específica para o campo de estudo. Quanto a Fisioterapia contou com a presença de 5 profissionais demonstrando a relevância dessa área no contexto investigado. Em relação a 8 estudos, não foi possível identificar a profissão dos autores. Além disso, observou-se a participação de 11 profissionais pertencentes a áreas diversas, como Odontologia, Terapia Ocupacional, Biologia, Sociologia entre outras, conforme detalhado no Quadro 6. Essa diversidade de profissões demonstra a abordagem multidisciplinar e a contribuição de diferentes campos do conhecimento para a compreensão aprofundada do tema abordado na presente revisão. A contribuição de profissionais de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia e outras áreas demonstra a importância da atuação conjunta e integrada para promover um cuidado mais humano, abrangente e efetivo em contextos tão desafiadores como o de Covid-19.

Quadro 6 - Distribuição das categorias profissionais presentes nos estudos

Distribuição das categorias profissionais presentes nos estudos		
Categoria Profissional	Quantidade	Percentual
Enfermagem	58	37,2%
Medicina	46	29,5%
Psicologia	18	11,5%
Serviço Social	10	6,4%
Fisioterapia	5	3,2%
Não Identificado	8	5,1%
Outros*	11	7,0%

Fonte: Elaboração própria.

* As categorias que tiveram de 1 a 3 publicações foram agrupadas no campo 'Outros' (Odontologia (1), Terapia Ocupacional (2), Geociência (1), Sociologia (1), Biologia (3), Teologia (1), Direito (2)).

Sobre a distribuição de profissionais de saúde por gênero nas publicações consideradas nesta revisão, observa-se que 96 profissionais, correspondendo a uma maioria significativa, foram identificados como do gênero feminino. Por outro lado, 52 profissionais foram identificados como do gênero masculino e 08 não foram identificados, conforme Quadro 7.

Essa disparidade de gênero reflete uma realidade amplamente documentada na área da saúde, na qual a presença feminina é predominante. A presença predominante de mulheres na área da saúde, especialmente em profissões como Enfermagem é um fenômeno bem conhecido e que se mantém. Essa tendência pode ser atribuída a diversos fatores históricos, culturais e sociais, incluindo estereótipos de gênero, divisão tradicional do trabalho e expectativas sociais relacionadas aos papéis femininos e masculinos.

Quadro 7 - Relação de Gênero presente nas publicações

Relação de Gênero presente nas publicações		
Gênero	Quantidade	Percentual
Feminino	96	61,5%
Masculino	52	33,3%
Não Identificado	08	5,1%

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos países das publicações, é possível observar que o Brasil se destacou com o maior número de estudos, totalizando 10 publicações. Esse resultado pode ser atribuído às iniciativas nacionais relacionadas à humanização, especialmente devido à existência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde desde 2003.

A Espanha representou 7 estudos, enquanto os Estados Unidos apresentaram 5 publicações. A Espanha tem uma abordagem particularmente reconhecida na humanização, com ênfase na participação dos pacientes e no respeito à sua dignidade e autonomia. Nos Estados Unidos, o movimento pela humanização do cuidado tem ganhado força, com a adoção de abordagens centradas no paciente e no trabalho em equipes interdisciplinares.

Por sua vez, a Itália teve um número menor de publicações, totalizando 4. Apesar disso, é importante considerar que a Itália pode estar implementando práticas de humanização em sua assistência à saúde, mesmo que não tenham sido amplamente documentadas na literatura científica.

Além dos países mencionados, 10 publicações são provenientes de diversos países, com uma publicação cada. Isso inclui a Colômbia, Argentina, Bolívia, França, México, Peru, Portugal, Reino Unido, Sri Lanka e Uruguai, conforme detalhado no Quadro 8.

Essa diversidade de origem dos estudos demonstra a abrangência da pesquisa sobre humanização em diferentes contextos ao redor do mundo. No entanto, deve-se levar em consideração que os termos utilizados e os critérios de filtragem adotados podem ter influenciado a presença de alguns países e a ausência de outros na análise. Além disso, a humanização do cuidado é uma abordagem que exige transformações culturais e organizacionais, e cada país pode estar em diferentes estágios de desenvolvimento nesse sentido. No entanto, é fundamental ressaltar que o número de publicações por país não é o único indicador do compromisso com a humanização. Outros elementos, como políticas de saúde, investimentos em educação e treinamento, assim como o envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade, também desempenham um papel crucial na implementação eficaz da humanização na prestação de cuidados de saúde.

Quadro 8 - Distribuição das publicações por país

Distribuição das publicações por país		
País	Quantidade	Percentual
Brasil	10	27,8%
Espanha	7	19,4%
EUA	5	13,9%
Itália	4	11,1%
Outros*	10	27,8%

Fonte: Elaboração própria.

* Os países que tiveram de 1 publicações foram agrupados no campo 'Outros' (Colômbia (1), Argentina (1), Bolívia (1), França (1), México (1), Peru (1), Portugal (1), Reino Unido (1), Sri Lanka (1), Uruguai (1)).

7 ANÁLISE DA LITERATURA E DISCUSSÃO

7.1 O CENÁRIO CATASTRÓFICO DA PANDEMIA DE COVID-19

Frente a uma crise sanitária de magnitude e velocidade como aquela desencadeada pela pandemia de Covid-19, é imprescindível agir rapidamente para estabelecer medidas emergenciais que enfrentem o problema. De fato, essa é a característica marcante das situações emergenciais: elas aceleram o curso dos eventos históricos, nas quais decisões que, em circunstâncias normais, exigiriam longos períodos de deliberação são aprovadas em questão de horas. Tecnologias emergentes, mesmo que consideradas perigosas, são colocadas em prática, pois os riscos de não agir são maiores (Harari, 2020).

Assim como ocorre em todas as crises, cada nação busca mobilizar – ao menos deveria – seus recursos mais valiosos para lidar com a situação em questão. No entanto, nesse processo, suas fraquezas também são destacadas (Lima; Buss; Paes-Sousa, 2020). Na pandemia em destaque, observou-se o retorno de práticas inadequadas como a minimização da gravidade da situação, promessas tecnológicas impossíveis de serem cumpridas, cultivo do medo, ênfase em crenças místicas relacionadas à imunidade e cura, comercialização do cuidado, ineficiência na gestão dos recursos de combate disponíveis, além de possíveis retrocessos, que levam a todos sofrimentos desnecessários (Lima; Buss; Paes-Sousa, 2020).

Foi o caso de algumas nações, como exemplo o Brasil, tanto na negação dos riscos e da gravidade da pandemia, quanto na banalização cínica da morte, o líder máximo do país, juntamente com seus seguidores tanto da sociedade civil quanto de políticos que faziam parte do governo distorceram e rejeitaram informações e medidas de contenção e tratamento da COVID-19 (Sá; Miranda; Magalhães, 2020). Como nos lembra Bauman (2008):

Nenhum perigo é tão sinistro, nenhuma catástrofe fere tanto quanto as que são vistas como uma probabilidade irrelevante. Considerá-las improváveis ou nem mesmo pensar nelas é a desculpa para não fazer nada contra elas antes que atinjam o ponto em que o improvável vira realidade e subitamente é tarde demais para aliviar seu impacto, que dirá impedir sua chegada. [...] o obstáculo mais terrível à prevenção de uma catástrofe é sua incredibilidade (Corinne Lepage *apud* Bauman, 2008, p. 25).

Consequentemente, de maneira gradual, a pandemia de COVID-19 tornou-se uma catástrofe mundial, acarretando consequências devastadoras no âmbito biológico, sanitário e psicossocial. Esses efeitos incluem o número alarmante de pessoas infectadas e as milhares de mortes em todo o mundo; o colapso dos sistemas de saúde e a escassez de recursos médicos essenciais; a paralisação de diversas atividades econômicas em escala global; o fechamento das

fronteiras entre países e estados e nas cenas chocantes que o mundo testemunhou (Bourget et al., 2021). Essas cenas incluem a exposição dos inúmeros corpos de pessoas que faleceram em suas residências e de cadáveres nas ruas que permaneceram horas ou até dias nas calçadas antes de serem recolhidos (BBC News Brasil, 2020b)¹¹, imagens dos profissionais de saúde em estado de exaustão e sofrimento (BBC News Brasil, 2020a)¹², bem como os corpos de vítimas do coronavírus empilhados por falta de espaço (Extra, 2020)¹³, e cenas como a escassez de oxigênio em Manaus (Schmidt, 2021)¹⁴.

Nesse ínterim, ainda que cada país apresente diferentes sistemas de saúde, recursos, tecnologias, estrutura política, tamanho territorial e populacional, a pandemia resultou em cenas praticamente idênticas em nações muito distantes em termos geográficos e culturais (Oliva, 2020). A exemplo disto, os resultados encontrados na revisão da literatura realizada na presente pesquisa, revelam, em sua maioria, a descrição de um cenário marcado por interrupções e eventos de difícil representação, afinal a experiência imposta pela COVID-19 à maioria da população mundial, vivenciada e compartilhada quase instantaneamente, é algo jamais imaginado diante da intensidade e imprevisibilidade do impacto, fazendo jus ao termo Catástrofe, utilizado por pesquisadores por ser o termo que mais se aproxima para nomear o cenário vivenciado na pandemia da Covid-19 (Sá; Miranda; Magalhães, 2020).

Nesse sentido, a catástrofe vai além dos conceitos presentes nas ciências exatas e naturais, sendo um evento que rompe com os modos de vida consolidados e provoca uma ruptura na ordem estabelecida (Herzog; Câmara, 2021). Isso significa que a magnitude de uma

¹¹ Na cidade de Guayaquil, no Equador, houve a circulação de vários vídeos e relatos que descreviam pessoas falecendo nas ruas e corpos aguardando por dias para serem recolhidos. Tanto as mortes ocorridas em residências como aquelas que acontecem nas vias públicas resultam em cadáveres que permanecem por horas ou até mesmo dias nas calçadas antes de serem removidos. Devido a pandemia, o sistema funerário entrou em colapso, o que levou o presidente do Equador, Lenín Moreno, a criar uma força-tarefa conjunta com o objetivo de realizar os enterros de todos os falecidos (BBC News Brasil, 2020b);

¹² Matéria que apresenta uma imagem que retrata o sofrimento de um profissional de saúde em um hospital italiano. A reportagem também traz uma série de depoimentos de profissionais da área da saúde que descrevem o horror vivenciado na linha de frente. (BBC News Brasil, 2020a).

¹³ Fotos de corpos amontoados em uma sala vazia, vítimas do novo coronavírus, e outros armazenados em unidades de refrigeração no estacionamento do Hospital Sinai-Grace, localizado em Detroit, nos Estados Unidos. As imagens dos falecidos por Covid-19 foram compartilhadas entre os membros da equipe de emergência e divulgadas pelo canal de notícias americano CNN, após um dos funcionários fornecê-las à emissora (Extra, 2020).

¹⁴ Em 14 de janeiro de 2021, Manaus foi confrontada com uma crise no sistema de saúde devido à escassez de oxigênio nos hospitais. Por dois dias consecutivos, as instituições de saúde ficaram sem esse suprimento vital devido à sobrecarga causada pela segunda onda da Covid-19. A falta de oxigênio resultou em um número significativo de óbitos. Desesperados para salvar os pacientes internados, os familiares tentavam adquirir cilindros de oxigênio por conta própria. Esse cenário também afetou as unidades de saúde privadas e o atendimento aos pacientes em tratamento domiciliar (G1 AM, 2022).

catástrofe não está apenas relacionada à natureza objetiva do evento, mas também aos impactos subjetivos e emocionais que ele provoca nas pessoas envolvidas. Ao considerarmos o sentido mais comum da catástrofe como um acontecimento que afeta uma comunidade inteira, fica claro que isso implica necessariamente em uma experiência e como nos sugere Devès (2016), "o que é catastrófico é a experiência vivida pelos seres humanos, não o evento em si" (Verztman; Romão-Dias, 2020, p. 272).

Conseqüentemente, esse primeiro eixo analítico da pesquisa engloba subtemas com base nos fatos encontrados nos estudos, que evidenciam esse cenário drástico e impensável, começando pelas rupturas e mudanças súbitas na forma de viver e de cuidar. Não é por acaso que o principal ato de cuidado no contexto pandêmico era manter o distanciamento físico para evitar o risco de transmissão ou contágio da doença. Nos serviços essenciais, como os de saúde, em particular nas unidades hospitalares, foram necessárias mudanças significativas na abordagem do cuidado, uma vez que era essencial estabelecer barreiras por meio de equipamentos para evitar a todo custo o contágio e a disseminação do vírus ao atender os pacientes. Isso levanta uma questão crucial: como cuidar das pessoas que precisam de assistência, mas que ao mesmo tempo representam uma ameaça?

É importante ressaltar que nos estágios iniciais da pandemia, não havia perspectiva de vacinas ou tratamentos comprovadamente eficazes. Além do uso de equipamentos de proteção individual, uma série de recomendações foram implementadas para evitar a propagação do vírus em ambientes hospitalares. A vigilância constante das mãos, por exemplo, exigia um esforço exaustivo. Além disso, havia uma sensação palpável de medo entre os profissionais de saúde, uma vez que notícias vindas da Europa relatavam hospitais e necrotérios sobrecarregados, tornando a COVID-19 quase sinônimo de morte. Comentários estigmatizantes sobre pacientes com COVID-19 nas redes sociais amplificavam o temor de contrair a doença. Globalmente, presenciamos a quase falência dos sistemas de saúde, com muitos serviços vitais e cuidados clínicos regulares para pacientes com doenças crônicas sendo suspensos. A falta de preparação adequada e a inadequação dos equipamentos de segurança agravaram o pânico inicial entre os profissionais de saúde, que se depararam com o desconhecido (Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021).

Nessa perspectiva, é relevante destacar o cenário vivenciado pelos profissionais de saúde e, por conseguinte, a maneira como o cuidado foi afetado, seja devido aos protocolos, ao medo ou ao esgotamento. Os subtemas que serão abordados adiante derivam da análise da

literatura e possuem uma interligação que fundamenta a magnitude catastrófica atribuída à pandemia da COVID-19.

7.1.1 Profissionais de saúde: dor e sofrimento como ofício

Ana Pitta (2010), em seu livro "Hospital: Dor e Morte como Ofício", assevera que o homem contemporâneo busca no conhecimento e na técnica um refúgio para lidar com o medo diante da doença e da morte. A autora argumenta que alguns indivíduos vendem sua força de trabalho para administrar essas dificuldades, construindo assim um processo de trabalho histórico e social no qual o poder e a técnica são utilizados para diminuir o impacto e a sensação de impotência desconcertante (Pitta, 2010).

De fato, como o próprio nome do livro sugere, no dia a dia, o profissional de saúde enfrenta situações de sofrimento e de dor, onde a morte é um elemento constante e frequente fazendo-se como realidade concreta e rotineira. Trabalhar na área da saúde como cuidador implica, desde o início, reconhecer que esses elementos estão presentes no cotidiano profissional e se somam aos demais desafios no convívio diário com os pacientes, familiares e colegas, que podem ser fonte de estresse, de sentimentos de impotência, frustração e de revolta (Kovács, 2010).

Nesse sentido, apesar de estarem constantemente imersos na responsabilidade de cuidar dos outros, esses profissionais também enfrentam sofrimentos e medos, e, como tal, necessitam de cuidado. Eles precisam que alguém os observe com atenção, os acolha em suas angústias e ansiedades despertadas em cada situação, especialmente quando estão lidando com a dor e o sofrimento dos usuários que atendem (Ministério Da Saúde, 2010).

A Política Nacional de Humanização, por sua vez, reconhece a importância da promoção da saúde dos trabalhadores, criando espaços de reflexão, suporte e cuidado para prevenir o desgaste e o adoecimento decorrentes das demandas emocionais e físicas do trabalho na área da saúde, além de buscar promover condições de trabalho adequadas, que favoreçam o acolhimento, a escuta, o diálogo e a participação dos profissionais, valorizando suas experiências e saberes. A PNH incentiva a formação e capacitação contínua dos profissionais, visando o aprimoramento de suas práticas e o fortalecimento de vínculos com os usuários dos serviços de saúde. Esses pontos, articulados, visam promover uma cultura de humanização, fortalecendo o cuidado oferecido aos pacientes e valorizando o papel dos profissionais nesse processo. Dessa forma, a PNH tem como uma de suas prioridades valorizar o trabalho criativo,

abrindo o espaço para pensar o protagonismo dos trabalhadores da saúde e as implicações da função de cuidar que é exigida dos mesmos (Santos-Filho, 2007).

Schwartz afirma que “Ao serem convocados no processo de trabalho, os trabalhadores ‘usam de si’ e utilizam suas potencialidades de acordo com aquilo que lhes é exigido” (Schwartz *apud* Barros; Mori; Bastos, 2006, p. 37). Ao Analisar esta reflexão, pode-se pensar no lugar de representação materna que os trabalhadores da saúde ocupam, à medida que se encontram na função de dar ouvidos e atenção ao sujeito, que procura o serviço de saúde e que necessita de cuidado. Além disso, são acionadas no profissional da saúde marcas que dizem respeito aos cuidados recebidos no passado, e de que maneira esses cuidados ficaram registrados dentro de cada um. “Ocorre que o cuidar e ser cuidado envolve relação de gente com gente” (Damas; Munari; Siqueira, 2004 *apud* Schneider; Silva, 2010, p. 187)

Por lidarem com vidas humanas, os profissionais de saúde enfrentam constantes pressões devido à responsabilidade e a impossibilidade de cometer erros. Eles assumem o papel de cuidadores sob uma pressão constante, uma vez que seu trabalho envolve pessoas afetadas em todos os aspectos de sua vida, físico, mental e social. Esses indivíduos expressam seu sofrimento e despertam uma gama de emoções no profissional que os assiste. Essa dinâmica exige resultados que muitas vezes estão além das capacidades humanas de alcançá-los (Schneider; Silva, 2010).

Reconhecendo a importância desses profissionais como agentes fundamentais na construção de um sistema de saúde humanizado e de qualidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) atua como resistência ao retomar questões que ainda não foram superadas, especialmente nas instituições hospitalares, pois compreende que os hospitais são estruturas hipercomplexas e mais resistentes a mudanças (Campos, 2008). Assim, a PNH apresenta discussões e estratégias relevantes para promover a atenção integral aos profissionais de saúde que atuam nesses espaços, com foco no cuidado com sua saúde física, mental e emocional, na valorização de suas práticas e conhecimentos, na melhoria das condições de trabalho e na promoção de relações de trabalho humanizadas e participativas (Brasil, 2009).

Nessa perspectiva, é indispensável enfrentar de forma contínua os desafios que se apresentam no ambiente hospitalar. No entanto, com o advento da pandemia de Covid-19, esses problemas estruturais assumiram uma nova dimensão e se juntaram a outros de difícil resolução, gerando impacto significativo nos profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente e agravando os desafios já existentes nos sistemas de saúde, tornando a oferta de um cuidado humanizado ainda mais difícil (Ramos *et al.*, 2020).

Em meio à propagação implacável do vírus e à necessidade premente de prover cuidados adequados aos pacientes, o cenário se desdobrou em uma corrida contra o tempo. Ao redor do

mundo, os hospitais se transformaram em labirintos de desespero, onde espaços comuns foram dedicados exclusivamente àqueles que lutavam pela sobrevivência. Foram implementadas estratégias de expansão da capacidade hospitalar, incluindo a criação de leitos adicionais, a adaptação e conversão de espaços suplementares em unidades de terapia intensiva, a instalação de hospitais de campanha para oferecer cuidados especializados, a preparação de equipamentos como respiradores e monitores, e bolsas para cadáveres foram armazenadas (Zerbi *et al.*, 2021).

Com o objetivo de salvar vidas e evitar o contágio da doença, os profissionais de saúde necessitavam de uma paramentação específica. De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso apropriado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) em ambientes de assistência à saúde englobava a utilização de luvas, máscaras, óculos de proteção ou proteção facial, batas cirúrgicas, além de equipamentos específicos para determinados procedimentos (OPAS/OMS, 2020a). Entretanto, ainda em Março de 2020, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), expressou a necessidade crucial de proteger os profissionais de saúde como um passo essencial para conter a disseminação do COVID-19 e enfatizou que a falta de suprimentos essenciais, como os listados acima, estavam colocando os médicos, enfermeiros e outros profissionais da linha de frente em uma posição perigosa, comprometendo sua capacidade de fornecer cuidados adequados aos pacientes (UN News, 2020).

O fato é que durante a pandemia de COVID-19 verificaram-se registros de falta de equipamentos de proteção individual (EPIs) em diversas regiões do mundo, em virtude do aumento repentino na demanda e à interrupção das cadeias de suprimentos globais. A escassez de EPIs manifestou-se principalmente nos estágios iniciais da pandemia, quando a propagação do vírus se intensificou rapidamente, sobrecarregando os sistemas de saúde e dificultando sua capacidade de suprir a demanda necessária (UN News, 2020). Logo, sem os devidos equipamentos necessários, os profissionais de saúde corriam ainda mais riscos ao fornecer cuidados ao paciente com covid-19.

Em uma pandemia, é eticamente correto priorizar a assistência aos profissionais de saúde: para proteger a saúde de todos, é necessário proteger aqueles que cuidam dela, e o princípio da justiça exige priorizar aqueles que, em benefício de terceiros, se expõem mais. O princípio da reciprocidade implica que a sociedade apoie aqueles que assumem uma carga ou risco desproporcional ao proteger o bem comum. No entanto, vivemos uma dramática falta de proteção aos profissionais, que estavam respondendo com excelência a uma crise sem precedentes (Osuna; Llana; Altisent, 2020, p. 257, tradução nossa).

Nesse sentido, além de lidarem com as incertezas e insegurança do cenário pandêmico e com o medo dos pacientes e familiares, esses profissionais também tiveram que confrontar seus próprios temores, uma vez que a ameaça de contágio colocava em risco suas próprias vidas, especialmente na ausência dos equipamentos de proteção individual adequados (Andrés, 2021). No Brasil, por exemplo, os resultados de uma pesquisa realizada pela Fiocruz em todo território nacional sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19, revelam que:

[...] 43,2% dos profissionais de saúde não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da Covid-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (Leonel, 2021,[s.p.]).

Além da falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), muitos profissionais não tiveram o treinamento adequado para realização da paramentação e desparamentação correta dos equipamentos, sendo esta última a etapa que apresenta um alto risco de contaminação no caso da remoção inadequada (Sales *et al.*, 2021). E essa foi a realidade de muitos locais, como exemplo um dos relatos encontrados: *“ninguém havia recebido treinamento no uso de equipamentos de proteção individual (EPIs). Durante as fases iniciais, os resultados dos testes de PCR demoravam pelo menos 2-3 dias, e havia uma grave limitação na disponibilidade de EPIs”* (Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021, p. 1, tradução nossa).

Realmente, a ausência de treinamento adequado para o uso dos EPIs e o cansaço resultante dos procedimentos de segurança foram fatores de risco evidentes. Aqueles que se descuidaram devido ao cansaço durante esse ritual, que se estendia até os cuidados em suas próprias residências, acabaram se contaminando (Militão, 2022).

Recordo-me do dia em que adentrei o primeiro hospital de Covid por onde passei. Era apenas o começo de tudo, mal sabíamos o que nos aguardava além daquela porta de paramentação. Fomos lançados ao desconhecido, sem receber qualquer treinamento adequado. Fomos informados, no momento da retirada dos equipamentos no almoxarifado, sobre quais eram destinados à nossa categoria profissional. Ao entrarmos no vestiário, fitávamos umas às outras, atordoadas, sem a menor ideia de como começar. Tínhamos algumas noções, mas nenhuma certeza concreta. Durante nossa árdua jornada de trabalho, sentíamos

sede e a necessidade de ir ao banheiro, mas, devido à quantidade de EPIs que vestíamos, ansiávamos pela hora do café, momento em que a paramentação era parcialmente retirada para irmos ao refeitório, diga-se de passagem, também era o momento que ao ar livre e com distanciamento um dos outros retirávamos brevemente a máscara para sentir mesmo que momentaneamente o alívio do elástico que feria a pele. Contudo, dessa vez, os EPIs estavam contaminados, e sua remoção não poderia ocorrer de qualquer forma. Cada uma fazia de um jeito, baseada em leituras, observações ou mesmo em suposições, sem qualquer referência adequada. Nos pegávamos constantemente tentando lembrar se tínhamos aplicado álcool após a retirada do avental e antes de retirar a touca. O início foi uma verdadeira loucura, e qualquer espirro ou sinal mínimo de sintomas da Covid-19, fazia lembrar os pacientes aos quais tínhamos prestado atendimento. Não tínhamos ideia de como nosso próprio corpo reagiria ao entrar em contato com o vírus. O que testemunhávamos eram sequências intermináveis de cateteres de alto fluxo de oxigênio e tubos espalhados por toda parte. A realidade era avassaladora. Não havia testes disponíveis para os profissionais no local. Em caso de sintomas, éramos orientados a nos dirigir à unidade de pronto atendimento de referência. A sensação era de desamparo, e para piorar, o temor de se afastar e enfrentar o estigma ao retornar ao trabalho ou até mesmo de ser desligado era extremamente perturbador. Afinal, não era apenas o vírus, mas todas as outras crises já existentes, sobretudo no Brasil, que foram escancaradas pela pandemia, como a crise socioeconômica. Muitos dos profissionais que estavam ali estavam tendo sua primeira oportunidade de emprego e era essa oportunidade que levaria comida para casa. (NP)

Nesse sentido, o risco elevado de contaminação, o constante medo de adoecer e morrer e a angústia em relação à possibilidade de transmitir o vírus para outras pessoas foram elementos constantemente presente no dia a dia da linha de frente (Sales *et al.*, 2021). Esse cenário fez com que muitos trabalhadores da linha de frente tivessem que se isolar de sua própria família a fim de protegê-los.

*Fora dos hospitais, alguns de nós têm levado uma vida solitária devido à quarentena e ao confinamento alargado a todo o território nacional e com o objetivo de proteger os seus familiares mais velhos, companheiros e filhos. As horas e os dias de afastamento do trabalho eram sempre os mesmos, marcados pelo som contínuo das mensagens de WhatsApp, telefonemas e e-mails recebidos informando sobre ajustes contínuos nas políticas e organização do hospital para enfrentar os aspectos em desenvolvimento desta emergência. Uma sensação frequente de ansiedade e incerteza prejudicava a qualidade do nosso sono e descanso (Bambi *et al.*, 2020, p. 240, tradução nossa).*

As complexidades de suas vidas domésticas foram repentinamente impactadas por seus empregos. As pessoas trabalham na área da saúde porque se importam com as pessoas; eles cuidam de estranhos. Agora, esse cuidado e paixão poderiam afetar diretamente suas famílias, suas próprias famílias que eles trabalham para sustentar. Mais de uma vez, sentei-me com enfermeiras chorando em escadas, nas salas de descanso, lutando para pesar suas opções: trabalhar aqui ou ficar em casa? Procurar outro emprego? Enviar as crianças para ficar com os sogros na próxima cidade? Ao mesmo tempo, elas se importam profundamente com seus pacientes e assistir a eles morrerem de um vírus sobre o qual sabemos tão pouco é extremamente difícil. Uma enfermeira me disse: "Me dê um ferimento por arma de fogo a qualquer dia. Isso eu posso fazer. Isso eu entendo. Eu posso ver aquela trajetória. Isso aqui é apenas tão derrotador." Com o tempo, a satisfação no trabalho parecia desabar (Greiner, 2021, p. 61, tradução nossa).

A atuação diante do desconhecido e do invisível, como o vírus da covid-19, apresenta desafios significativos, uma vez que a incerteza e a imprevisibilidade dificultam a previsão de resultados e consequências das ações tomadas. Essa realidade exige rápida adaptação, constante aprendizado e desenvolvimento de habilidades para lidar com novas situações emergentes. A intensa pressão emocional, especialmente quando a vida está em jogo, torna a experiência ainda mais desafiadora. A vulnerabilidade frente a um cenário inédito, onde dilemas éticos e responsabilidades decisivas que impactam vidas, incluindo a de si próprio, se entrelaçam, impõe um contínuo sofrimento e um medo incalculável. Nesse contexto, é compreensível que alguns profissionais de saúde expressem a preferência por lidar com situações mais conhecidas, mesmo que drásticas, em detrimento das incertezas inerentes ao enfrentamento da pandemia da covid-19.

Não à toa o medo foi uma das emoções mais mencionadas nos estudos que compõem essa revisão. Ele não apenas afeta as atitudes dos profissionais, mas também o atendimento aos pacientes e a experiência da pandemia. Alguns estudos indicaram que o medo interferiu no desempenho das atividades diárias, resultando na diminuição do sono e no aumento da ansiedade entre os profissionais. Contudo, à medida que a fase grave da epidemia avançava, observou-se que esse medo, decorrente das incertezas e do desconhecido, foi evoluindo para um sentimento de respeito (Fernández-Castillo *et al.*, 2021).

*Na primeira vez em que cuidei de um paciente com COVID-19, não conseguia parar de suar... você esquece que está cuidando de uma pessoa e pensa que é o próprio COVID-19 que está na cama olhando para você para ver se comete algum erro. À medida que você entra na enfermaria mais vezes, percebe que deu muita importância a isso e teve muito medo (ENF15) (Fernández-Castillo *et al.*, 2021, p.401, tradução nossa).*

Houve pânico inicial entre os profissionais de saúde, com medo do desconhecido, que foi agravado pela falta de preparo e equipamentos de segurança inadequados. Testemunhamos o medo e a impotência do público, muitas vezes acompanhados de

desespero, à medida que suas fontes de renda foram cortadas. Vimos e experimentamos em primeira mão como as pandemias são gerenciadas e mal gerenciadas. Aprendemos como cuidar de pacientes em condições difíceis e utilizar nossos recursos escassos de maneira mais eficiente (Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021, p. 2, tradução nossa).

Somado ao medo – agora mais brando ou adaptado para que se pudesse seguir – abriu-se lugar para uma miríade de emoções conflitantes, em consonância com o impulso vital e solidário. A complexidade em manter o mínimo de humanização na prestação de cuidados de saúde, juntamente com o aumento da carga de trabalho, a barreiras criada pelos equipamentos de proteção individual, o isolamento e a necessidade de seguir novos protocolos, geraram altos níveis de frustração, tristeza, estresse e uma aterrorizante sensação de impotência (*Levorato et al.*, 2020). Por vezes, a sensação de se dedicar ao máximo e não obter os resultados esperados diminuiu a resiliência e a capacidade de trabalho. *“Isso me causa muita frustração como enfermeira, pois percebo que não consigo fornecer o mesmo cuidado para esse tipo de paciente como para os outros [...]. Com o isolamento... não podemos realizar cuidados básicos”* (ENF1) (Fernández-Castillo *et al.*, 2021, p. 402, tradução nossa).

A necessidade de distanciamento físico para conter o vírus limitou a presença desses profissionais junto ao leito do paciente, o que impactou nas formas tradicionais de fornecer cuidados e estar presente. Isso resultou em restrições no tempo dedicado à comunicação e na redução da disponibilidade de recursos humanos, afetando a comunicação e a escuta, elementos que são cruciais para que os profissionais de saúde possam estabelecer uma relação adequada e oferecer o melhor cuidado possível ao paciente (Fernandes *et al.*, 2022; Paula *et al.*, 2020; Vitale *et al.*, 2021).

Além disso, com um grande número de pacientes em isolamento, houve um aumento exponencial da carga de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem. Diante do crescimento dos casos e da redução da equipe (seja por afastamento, escassez ou por desligamentos), era necessário redirecionar o enfoque para a gestão de cuidados e para a mitigação das complicações decorrentes da COVID-19, muitas vezes deixando de lado intervenções que poderiam humanizar a prática. Muitos tiveram que permanecer por mais tempo no ambiente de cuidado e assumir um maior número de intervenções que, em situações normais, seriam realizadas por outros profissionais. Essas circunstâncias exigiram que os profissionais de saúde se adaptassem rapidamente e de maneira eficiente na forma como se comunicar e prestar cuidados aos pacientes (Fernandes *et al.*, 2022; Fernández-Castillo *et al.*, 2021).

[...] muitas vezes me perguntei até que ponto a qualidade do cuidado aos pacientes foi afetada durante esta pandemia de COVID-19, à medida que tentávamos conciliar nossos próprios ideais de um bom cuidado ao paciente com a escassez de pessoal, limitações de recursos, interrupção das práticas de cuidado e nossos próprios medos e preocupações, bem como os dos pacientes e dos colegas de saúde (Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021, p. 2, tradução nossa).

As circunstâncias vivenciadas pelos profissionais de saúde também ressaltaram a mudança na perspectiva em relação a eles, especialmente os não médicos, que anteriormente não eram socialmente prestigiados nem recebiam ganhos financeiros significativos, pelo menos no Brasil. Com a chegada da pandemia, esses profissionais passaram a ser reconhecidos como verdadeiros heróis na linha de frente da batalha contra o coronavírus (Sá; Miranda; Magalhães, 2020). No entanto, essa representação heroica traz desdobramentos perigosos à medida que ela desumaniza o profissional de saúde. Nas palavras de Sá, Miranda e Magalhães (2020):

Alçados rapidamente à categoria de verdadeiros heróis no front da guerra contra o novo coronavírus, trabalhadores da saúde precisam lidar com o imaginário que os personifica como a força do "bem" na luta contra o "mal" da pandemia. Com essa representação de heroísmo, certamente recebem um reconhecimento social importante, que rompe com uma história de invisibilidade, sobretudo no que diz respeito às categorias não médicas e àquelas de nível técnico. Contudo, como uma espécie de armadilha narcísica, o heroísmo é revestido de abnegação, sacrifício, desprendimento e, conseqüentemente, onipotência (Sá; Miranda; Magalhães, 2020, p. 31).

Dessa forma, a figura do herói na sociedade traz consigo o simbolismo do sujeito individualizado, aquele que é autossuficiente e capaz de corrigir os problemas da comunidade. Além disso, esse discurso heroico também carrega a possibilidade de desresponsabilização por parte da população, pois se há heróis para enfrentar os desafios, as pessoas podem acreditar que não precisam fazer nada. Ainda, há o risco de aceitação coletiva de que heróis não precisam receber salários dignos, pois estão supostamente a serviço do povo e da nação, sem necessidade de planos de carreira ou assistência à saúde mental. Isso pode resultar na falta de investimentos adequados e no não reconhecimento do trabalho árduo envolvido na formação em saúde e nas políticas sociais. Acrescente-se ainda as incalculáveis repercussões futuras que se desenharão quando na elaboração de políticas públicas de saúde, considerando como elementos teóricos de função individual na representação coletiva da sociedade as respostas desses profissionais-heróis, abandonados, iludidos e hoje talvez esquecidos respondendo à pergunta: o que se condensou, resumizou, *ficou* ao final disso, seria suficiente para que você trabalhasse novamente numa outra linha de frente igual a esta ou que o destino do mundo se faça sem você?

Nesse sentido, alguns estudos evidenciaram que os profissionais de saúde, reconhecidos como verdadeiros heróis na batalha contra o vírus, encararam diariamente a pressão social de servir por "vocação", normalizando assim a exploração no ambiente de trabalho. Essa realidade trouxe consigo um aumento considerável na carga de trabalho física, emocional e acadêmica, expondo-os ao risco de exaustão e graves consequências de ordem psíquica. De fato, em algumas ocasiões, a situação imposta pela pandemia foi comparada a um cenário de guerra, no qual os profissionais de saúde eram vistos como os heróis de guerra. No entanto, talvez esse enquadramento do contexto e dos profissionais não tenha sido o mais apropriado, como afirmam Osuna *et al.* (2020):

A narrativa de guerra na pandemia constrói certos atores sociais, como os profissionais de saúde personificados como "heróis". Os valores da guerra implicam sacrifício, sofrimento e a possibilidade de morrer "pela pátria". O heroísmo gera confusões sobre a extensão do dever, problemas práticos de planejamento na pandemia e até problemas de justiça se considerarmos que é um dever agir de maneira heroica. Não somos soldados de uma nação, mas profissionais a serviço da comunidade. Precisamos transformar atos benevolentes individuais em políticas e sistemas de solidariedade e justiça social (Osuna; Llana; Altisent, 2020, p. 257, tradução nossa).

Adicionalmente, alguns dos estudos destacaram a desigualdade na valorização dos profissionais de saúde, em que a atenção é frequentemente direcionada principalmente aos médicos, negligenciando outros profissionais igualmente importantes. Essa disparidade de valorização também está associada a questões de gênero e raça, perpetuando as desigualdades já existentes. Um exemplo disso é a situação vivenciada por muitas mulheres que atuaram na linha de frente, tendo que lidar simultaneamente com a responsabilidade adicional de cuidar de pessoas dependentes em seus lares. Isso resultou em uma sobrecarga de trabalho e níveis de estresse ainda mais intensos para essas profissionais (Ñique Carbajal *et al.*, 2020).

Outro paradoxo se apresentou na dicotomia entre o herói e o perigo, em que os profissionais de saúde são vistos simultaneamente como heróis e como potenciais propagadores da doença. Além da prevalência dos discursos que retratavam esses profissionais como cúmplices ou até mesmo inimigos, sendo agredidos injustamente (Sá; Miranda; Magalhães, 2020).

Nesse ponto, vale relatar os inúmeros momentos em que saía do plantão, muitas vezes ultrapassando o horário estabelecido. As visitas virtuais se estendiam além do tempo previsto, afinal, o que são 20 minutos para uma família que está há meses sem ver seu ente querido? Eram sequências intermináveis de visitas virtuais, com tradução simultânea das palavras do paciente, muitos deles traqueostomizados e sem mobilidade. Muitas vezes, meus braços

tremiam devido ao tempo que segurava o tablet à frente do paciente, para que ele pudesse ver sua família. A coluna doía, meus pés queimavam e o tempo passava implacavelmente. Sempre que saía tarde do plantão, chamava um carro de aplicativo. E todas as vezes, ao entrar no carro, pedia a Deus para que o motorista não mencionasse a Covid. Foram muitas corridas em que me senti como um pinguim de Madagascar, mas sem sorriso, apenas acenando e pontuando cuidadosamente e brevemente minhas discordâncias. Na maioria das vezes, eram homens dirigindo e eu, uma mulher, sentada no banco de trás. Tudo o que eu desejava era chegar em casa em segurança. Mas nem sempre foi fácil. Na maioria das vezes, me sentia covarde por não expressar o que realmente pensava e simplesmente sair do carro. Sempre eram as mesmas perguntas e comentários: "Você trabalha lá? Tem muita gente internada? O governo está matando as pessoas por dinheiro. Eu não vou tomar a vacina. Estão enterrando caixões vazios. Eu peguei o vírus várias vezes e não tive nada. Essa vacina é suspeita, foi desenvolvida rápido demais. Eu não acredito nisso." Muitas vezes, essas falas surgiam após um plantão tomado de escuta dos sofrimentos das famílias, dos pacientes, de acompanhamento de más notícias, de testemunhar pacientes sendo intubados, ressuscitados ou falecendo. Essas falas desmentiam tudo que havia presenciado, testemunhado e realizado, na verdade, não só a mim, mas todos presentes no processo. (NP)

Dessa forma, seja por meio das diferentes representações atribuídas aos profissionais de saúde, como portadores de conhecimento e habilidades essenciais, abnegados ou potenciais disseminadores do vírus, esses profissionais merecem uma atenção especial (Sá; Miranda; Magalhães, 2020). A ideia de heroísmo, por exemplo, colocou uma carga adicional de responsabilidade e culpabilização quando confrontados com escolhas difíceis, como quem receberá um tratamento prioritário ou terá acesso a recursos escassos (Bambi *et al.*, 2020). Durante a pandemia, os profissionais de saúde se depararam com esse dilema ético e moral ao serem obrigados a fazer triagens forçadas, devido à escassez de recursos de saúde, incluindo tecnologias salvadoras de vidas e ventiladores mecânicos. Essa situação colocou em jogo os princípios e valores éticos que guiam a conduta dos profissionais de saúde. Além disso, havia uma demanda por ressuscitação de pacientes que excedia a disponibilidade de equipamentos e profissionais qualificados. Embora a falta de ventiladores tenha sido um desafio inicial, a escassez de pessoal devidamente treinado para lidar com intubações emergenciais e ressuscitações foi ainda mais crítica (Fins, 2020).

Em resumo, as pesquisas revelam que os profissionais da saúde enfrentaram uma série de desafios e dificuldades no contexto da pandemia de COVID-19. Eles foram submetidos a

altos níveis de ansiedade, preocupação e estresse, além de experimentarem distúrbios do sono, do apetite e uma ampla gama de emoções decorrentes da incerteza que permeava a situação. A pandemia escancarou as condições precárias de trabalho, com uma carga excessiva de tarefas e uma escassez alarmante de equipamentos de proteção. Embora muitos os tenham enaltecido como "heróis", é essencial reconhecer que eles são seres humanos com emoções e necessidades legítimas.

Um fato que demonstra essa vulnerabilidade foram as imagens veiculadas em meios de comunicação dos profissionais de saúde com rostos arroxeados devido ao uso prolongado de máscaras e outros equipamentos de proteção individual. Essa exposição incomum desses profissionais revelou a exaustão física do seu cotidiano, o que contrasta com a imagem anteriormente atribuída de invulnerabilidade. Por um lado, essa exposição frustrou as expectativas que os consideravam sobre-humanos, mas, por outro lado, permitiu o reconhecimento de suas vulnerabilidades e humanidade, desmistificando as representações de deuses que lhes eram atribuídas (Vasconcelos; Bussinguer, 2021).

Além disso, o fato de presenciarem diariamente a dor e a perda de vidas, sentindo-se impotentes diante dessas situações, teve um impacto profundo em sua saúde mental. As longas jornadas de trabalho, a falta de pessoal de saúde e o constante medo de contaminar seus entes queridos levaram muitos profissionais a tomar a difícil decisão de abandonar seus empregos. Essa realidade reforça a urgência de estabelecer um ambiente de trabalho seguro, no qual a proteção e o suporte emocional sejam priorizados.

7.1.2 Paramentação – do muito ao pouco: reconhecendo pelos olhos

Um dos principais pontos descritos nas publicações trata-se exatamente sobre a paramentação necessária para o atendimento ao paciente positivo ou com suspeita para Covid-19. Sobre isso, os estudos apontam os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que precisavam fornecer cuidados de qualidade aos pacientes, ao mesmo tempo em que enfrentavam os ônus adicionais ocasionados pelo uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que se mostraram desconfortáveis e pesados, especialmente durante longos períodos, tornando difícil a tarefa de oferecer o mesmo tratamento e cuidado humanizado aos pacientes, como era possível antes da ocorrência desta dramática pandemia. Ademais, o uso de máscara, do capote, toca, óculos e sapatos de proteção, embora necessários para evitar a propagação de doenças, dificultou a comunicação e limitava a percepção da presença dos profissionais,

resultando em um processo de acompanhamento em certa medida desprovido de humanização (Cussó; Navarro; Gálvez, 2021).

O uso dos EPIs criou obstáculos na comunicação verbal e não verbal com os pacientes, pois dificultava na visualização dos rostos dos profissionais e, frequentemente, não era possível ouvir claramente o que era dito, devido aos ruídos dos equipamentos e ao abafamento proporcionado pelos próprios EPIs. A vestimenta estéril padronizava a aparência de todos, tornando complicado para os pacientes distinguir entre enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e outros profissionais, uma vez que só se era possível ver os olhos (Bambi *et al.*, 2020; Cussó; Navarro; Gálvez, 2021; Fernández-Martínez *et al.*, 2022). Alguns profissionais escreviam seus nomes e profissões na frente e nas costas dos trajés, com o intuito de auxiliar os pacientes a identificá-los e reduzir a desorientação e ansiedade (Cussó; Navarro; Gálvez, 2021). No entanto, por vezes esses nomes acabavam sendo tampados por um segundo capote que ficava dentro do leito do paciente para precaução de contato¹⁵ e evitação de contaminação cruzada entre leitos.

*O EPI chegou para nos despersonalizar e aos olhos dos nossos pacientes todos temos a mesma aparência. Muitas vezes o paciente não consegue definir qual o papel que a pessoa que o assiste cumpre, muito menos associá-lo às características pessoais que o definem. Isso gera um desgaste psicológico significativo no paciente, que os funcionários não percebem por que são capazes de vê-lo e individualizá-lo, daí a importância de nos identificarmos a cada atendimento (Noya *et al.*, 2021, p.60, tradução nossa).*

Os EPIs que se faziam necessários impediam a visualização das expressões faciais, comprometendo a capacidade de leitura labial e dificultando a compreensão das emoções transmitidas pelo rosto. Além disso, o uso de luvas impede o contato direto e o toque, que são formas importantes de comunicação não verbal e podem transmitir empatia e conforto aos pacientes. Essas limitações na comunicação podem levar a mal-entendidos, frustração e isolamento emocional para pacientes e profissionais de saúde (Parotto *et al.*, 2022), como descrito no relato abaixo:

Eu sigo minha rotina: coloco um avental, uma máscara N95 bem ajustada e óculos de plástico. Em seguida, deslizo para minha segunda camada protetora - um grande vestido de papel amarelo, rede azul-claro no cabelo, luvas de látex e um protetor facial de plástico desajeitado. Agora estou pronta para entrar no quarto do meu paciente e me apresentar. Ele tem 47 anos, é um pai amado e respira muito rápido.

¹⁵ Medidas que todos os profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, entre outros, devem seguir ao realizar qualquer procedimento ou avaliação em um paciente sob precaução de contato, como no caso de pacientes com bactérias multirresistentes (INTO, [s.d.]).

Eu mal posso ver através das duas camadas de plástico embaçado sobre meus olhos, mesmo assim, posso ver que ele está com medo. Minha máscara de uma semana está suja e fedorenta. Estou com calor, tonta e embrulhada. [...]

Apresento-me literalmente gritando “olá” através das camadas de proteção para que meu novo paciente possa me ouvir sobre o zumbido dos tubos de oxigênio e monitores cardíacos. “Sou a Dra. McNairy e serei sua médica hoje. Você pode me chamar de Molly”. Às vezes eles acenam com a cabeça, às vezes não conseguem me ouvir por causa do barulho e eu grito mais alto através de minhas camadas sufocantes. Eu rio de mim mesmo. Parece absurdo ser apresentado aos gritos, mas o paciente não consegue perceber através das camadas de plástico. O exame físico é notavelmente breve e centra-se na verificação dos monitores para os dados prognósticos mais importantes para o COVID-19 - frequência cardíaca, frequência respiratória e nível de oxigênio. Eu deveria ficar a dois metros de distância enquanto falo com o paciente, mas é difícil não retomar velhos hábitos. Eu coloquei uma mão enluvada em seu ombro, mas o EPI parece silenciar a segurança que estou tentando expressar (McNairy; Bullington; Bloom-Feshbach, 2020, p. 3043, tradução nossa).

Em suma, as barreiras criadas pelos EPIs dificultaram a compreensão mútua, o contato físico e o vínculo, elementos *sine qua non* para qualquer tipo de coisa que se queira designar como cuidado. Para contornar essas barreiras, é necessário adotar estratégias e alternativas de comunicação a fim de proporcionar um cuidado de qualidade, mesmo em situações de isolamento.

O ambiente de isolamento, a minimização do contato com o paciente e a falta de proximidade são fatores que prejudicam o desempenho ideal dos cuidados; fundamentalmente ligados à relação de ajuda oferecida pela enfermagem. A solidão que essa doença está causando é a pior, [...] antes disso, um paciente entubado talvez não te entendesse na hora de falar, mas via seu sorriso, agora nem isso... você não sabe quem cuida de você... (ENF15) (Fernández-Castillo et al., 2021, p. 399, tradução nossa).

Cuidar de paciente é o pior, porque eu estou acostumada a tocar neles, porque o EPI não permite que eles identifiquem você, saibam quem você é, que você é o enfermeiro deles. Se eles precisarem de alguma coisa, eles vão te chamar, mas você não vai poder entrar na hora que eles quiserem [...] eu não estou preparado para virar as costas para o paciente, quando eu volto para casa estou muito cansado, mas não porque meus pés doem, mas porque a minha alma dói. (ENF2) (Fernández-Castillo et al., 2021, p.401, tradução nossa).

Em alguns estudos estrangeiros foram descritos o uso de tecnologia, como telefone celular, para facilitar a interação entre profissionais de saúde e pacientes isolados de forma que pudessem vê-los sem as máscaras e esclarecesse as dúvidas. Essas soluções “inovadoras” podiam estabelecer um relacionamento com os pacientes, no entanto, se faz necessário a garantia que essas tecnologias fossem acessíveis a todos os pacientes, considerando suas necessidades individuais e garantindo a equidade no cuidado (Parotto et al., 2022).

Por conseguinte, a comunicação e o vínculo, aspectos profundamente afetados durante a pandemia, são elementos caros para a Política Nacional de Humanização, uma vez que é por meio do vínculo que se estabelece uma relação afetiva e ética entre as partes envolvidas, ampliando a comunicação e o enfrentamento das adversidades. Em suma:

[...] a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (Brasil, 2009, p. 70).

Portanto, o vínculo desempenha um papel fundamental ao permitir uma abordagem personalizada e individualizada, reconhecendo a singularidade do usuário e suas necessidades específicas. Buscando confiança e parceria, a política de humanização envolve o usuário em seu processo de cuidado, resultando em uma assistência humanizada e melhorando a qualidade de vida. Nesse sentido, o vínculo transforma a relação entre usuário e profissional de saúde, promovendo uma abordagem empática e integral que é essencial para a Política Nacional de Humanização, mas que foi tão prejudicado durante a pandemia da covid-19.

7.1.3 Suspensão das visitas presenciais: suspensão da representação

Imagine-se sendo transportado em uma ambulância, deixando para trás aqueles que você ama, sem saber quando e se irá revê-los. À medida que você é admitido em um hospital, tudo o que lhe é familiar e que lhe traz algum senso de segurança e pessoalidade é gradualmente retirado de você. Suas roupas são substituídas por um pijama padronizado e, às vezes, acompanhado de uma fralda. Através de uma miríade de fios conectados à sua cabeça, tórax e membros, surgem barulhos e ruídos que contaminam o ambiente ao seu redor, alimentando cenas das mais exóticas e perturbadoras vistas em filmes de Hollywood ou noticiários de televisão. Preso a uma cama de hospital, sendo atendido por profissionais vestidos para situações críticas que variam entre o verde, o branco e o azul: enfim, todos se parecem iguais. A dificuldade em reconhecê-los, identificá-los, individualizar seus rostos e gestos gera medo de que eles também não o vejam como um indivíduo único, conduzindo-o à sensação de que é apenas mais um caso. O sufocamento lhe oprime o peito; a turvação lhe confunde os olhos; o amargor domina o paladar; nem você se reconhece mais. A solidão, o

perigo e a proximidade da morte roubam-lhe mais o ar do que a própria doença. Não há mais o que você possa escolher ou decidir: o fazem por você. Até mesmo o desejo de sair dali parece que se escapa. Mas ainda não é o fim. Caso haja alguém que o olhe, o reconheça e diga que está acompanhando seu processo, mesmo à distância; que faz aquilo para não o deixar se sentir sozinho, sem a garantia de que poderá dizer adeus, caso seja necessário: o último recurso. Você só deseja ter seus pequenos, diminutos, ínfimos direitos respeitados e que sua individualidade seja valorizada. Deseja alguém que possa lutar por você quando você não puder responder. Quer alguém que seja testemunha e segure sua mão. (NP)

Essa é uma breve e incompleta compilação de falas sobre as hospitalizações por covid-19 que testemunhei em minha experiência profissional. Um dos aspectos que gerava grande desespero nos pacientes tratava-se de se sentirem sozinhos a ponto de pensarem que chegaram ao fim da linha sem ninguém por perto. Os estudos destacam de forma contundente o sofrimento causado ao paciente ao impedir que seus familiares o visitassem, assim como a insuportabilidade experimentada pelos familiares ao não poderem estar ao lado do paciente. As suspensões das visitas presenciais também foi um dos assuntos mais comentados nos estudos selecionados, uma vez que a ausência da família traz danos para pacientes, profissionais e aos próprios familiares.

Sabe-se que as internações hospitalares, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), nunca foram reconhecidas como "amigáveis aos pacientes", principalmente para aqueles em estado crítico. Da mesma forma que por muito tempo o paciente quando internado era isolado do convívio cotidiano e sua rede social (familiares, amigos e comunidade) destituída de qualquer papel no processo. Essa perspectiva era observada tanto na estrutura física dos hospitais, onde não havia espaço para acompanhantes ou visitantes, quanto nas rotinas hospitalares, que não consideravam a importância da rede de apoio no cuidado (Brasil; Ministério Da Saúde, 2007).

Contudo, nos últimos anos, houve uma mudança na percepção em relação à presença de acompanhantes e visitantes no ambiente hospitalar. Isso se deve ao aumento dos esforços para humanizar esses espaços (Marin-Corral; Garcia-Sanz; Masclans, 2021). Passou a ser reconhecido o papel essencial desempenhado por esses acompanhantes e visitantes, uma vez que permitem que o paciente mantenha seus laços afetivos e sociais e pelo impacto positivo na evolução do tratamento, ao ajudarem a diminuir a ansiedade dos pacientes. Além desses benefícios, a presença dos acompanhantes e visitantes também viabiliza uma coleta mais

abrangente de informações, possibilitando uma análise diagnóstica mais completa (Kentish-Barnes *et al.*, 2021).

No Brasil, a política nacional de humanização, por exemplo, buscou reconhecer a importância da presença do acompanhante e estabelecer diretrizes para a visita aberta, cujo objetivo trata-se de ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, promovendo um ambiente acolhedor e permitindo que o paciente receba apoio emocional, afetivo e social durante sua estadia na unidade de saúde. Além disso, a visita aberta contribui para a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares, fortalecendo o vínculo e a confiança no processo de cuidado (Brasil; Ministério Da Saúde, 2007).

No entanto, durante a pandemia de COVID-19, houve um retrocesso no avanço conquistado. Com o objetivo de evitar a disseminação do vírus, os sistemas de saúde a nível mundial tiveram que adotar medidas restritivas que proibiam as visitas e a presença de acompanhantes nos hospitais, seguindo os protocolos aplicados durante a crise sanitária, como exemplificado no relato abaixo:

[...] o ambiente da UTI em nosso hospital diferia muito das condições mais humanísticas que prevaleceram na UTI nos últimos anos. Há seis meses, o paciente teria acordado ao lado de sua esposa e/ou filhos ao som de suas vozes familiares. Ele teria participado de sessões de terapia musical duas vezes por semana e teria sido capaz de começar a andar pela unidade com uma andadora ou um elevador para pacientes, mesmo que ainda estivesse ligado a um monitoramento ou em ventilação mecânica. Em contraste, durante a pandemia, o paciente enfrentou condições muito diferentes: uma porta fechada, profissionais de saúde cobertos com equipamentos de proteção (sem rostos visíveis) e nenhum membro da família em nenhum momento. No entanto, ele teria ouvido os mesmos sons, tido as mesmas preocupações e medos, que podem até ter sido mais pronunciados (Marin-Corral; Garcia-Sanz; Masclans, 2021, p. 489, tradução nossa).

Uma consideração adicional é que, juntamente com a proibição das visitas e acompanhantes, a rápida disseminação do vírus e o alarmante número de óbitos, fizeram com que as internações hospitalares adquirissem uma nova conotação no senso comum, levando as pessoas a associarem a ida ao hospital com a inevitabilidade da morte. Conseqüentemente, os pacientes experimentavam a angústia de acreditar que nunca mais teriam a oportunidade de reencontrar seus entes queridos, enquanto os familiares temiam nunca mais ver o ente que foi internado.

Quando as pessoas afetadas pelo COVID-19 eram admitidas no hospital, elas desapareciam subitamente da vida de seus familiares, não tendo previsão de retorno para casa a depender do curso da doença. Segundo pesquisa nos Estados Unidos, os dados mostraram que o tempo médio de permanência na UTI por Covid-19 é de 14 dias (Bambi *et al.*, 2020), sem

contar os casos com complicações, podendo se estender por meses de internação. Essa situação não apenas aumentava o receio dos pacientes de falecerem sem a oportunidade de se despedir de seus entes queridos, mas também gerava uma sensação geral de solidão, depressão, incerteza sobre a duração da internação e conseqüentemente preocupações financeiras, medo e elevado risco de delírio, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)¹⁶ ou ainda a chamada síndrome pós cuidados intensivos (PICS)¹⁷ (Fernandes *et al.*, 2022; Paula *et al.*, 2020).

Esse aspecto assustador da insuportabilidade de não rever alguém que se ama, somado às incertezas e medos decorrentes do cenário, trouxeram um sentimento de desespero e impotência para as famílias que se viam impossibilitadas de fazer algo diante da situação (Andrés, 2021). Além disso, as informações sobre o estado de saúde do paciente eram transmitidas por telefone, nem sempre de maneira sistemática, devido à pressão e à sobrecarga dos atendimentos. Até mesmo a notícia de óbito era comunicada da mesma forma. Essa condição tornava a situação extremamente trágica e desumanizante, pela dura forma de gerenciar a comunicação, aliada à inevitável dor pela perda de um ente querido, podendo desencadear a manifestações de um luto complicado (Bambi *et al.*, 2020; Fernández-Martínez *et al.*, 2022). (Necessário ressaltar que quando se fala sobre comunicação não se está a dizer sobre vozes que saem da boca de um e chegam ao ouvido de outro. Não é por um mero acaso que comunicação tem nos gregos o *Logos* e na cultura popular Chacrinha: quem não se comunica, se trumbica. Há algumas correntes teóricas de relevo voltadas ao ascendimento à realidade concreta através da Linguagem. Exemplo disto é a clássica e até cômica descrição feita por Platão no Teeteto sobre um grupo de indivíduos que, influenciados pelas máximas de Heráclito, punham-se a falar uns com os outros de forma completamente sem sentido – aos nossos ouvidos – em função da imediata mutação das coisas).

¹⁶ O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode ser frequentemente observado em pacientes após terem sido submetidos a tratamento em unidades de terapia intensiva (UTI). É caracterizado por uma série de reações relacionadas à memória de um evento traumático, que geralmente envolve uma experiência de ameaça à vida como acidentes automobilísticos, desastres naturais ou enfrentar uma doença grave com risco de morte. Outras situações consideradas potencialmente traumáticas incluem receber notícias de morte inesperada ou testemunhar a ameaça de morte ou lesão de um membro da família ou pessoa próxima, mesmo que o indivíduo não tenha vivenciado diretamente o evento (Caiuby; Andreoli; Andreoli, 2010).

¹⁷ A síndrome pós-cuidados intensivo (PICS), também conhecida como post-intensive care syndrome, é caracterizada por mudanças físicas, cognitivas e psiquiátricas que podem afetar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Essa síndrome surge devido às complexas interações entre várias questões, como comorbidades, complicações da doença aguda, tratamentos de suporte de vida, aspectos organizacionais dos cuidados intensivos e a adaptação ao período pós-UTI. Esses fatores podem levar, a longo prazo, à redução do funcionamento físico, disfunção cognitiva, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). O entendimento e abordagem adequada da PICS são essenciais para promover a recuperação completa e o bem-estar dos pacientes após o tratamento na UTI (Robinson *et al.*, 2019).

Os novos protocolos adotados, principalmente no início da pandemia, atravessaram todos os participantes desse processo, como descrito no relato abaixo:

Quase seis meses após o início da pandemia de coronavírus, uma sensação de vazio persiste ao lado dos leitos de nossos pacientes em enfermarias e unidades de terapia intensiva. Embora alguns hospitais estejam implementando políticas de visita limitada, a maioria não está deixando e muitos de nossos pacientes estão sem seus entes queridos ao seu lado. O trauma vivido pelas famílias, embora difícil de mensurar, é imenso, e a ausência dos entes queridos está piorando a situação dos pacientes e das equipes médicas. É como se tivéssemos retrocedido no tempo. As UTIs da década de 1990 não eram acolhedoras para as famílias. Impunhamos limites inflexíveis e paternalistas à visita dos pacientes. Não havia compartilhamento de poder, nem mesmo de conhecimento. A família de um paciente muitas vezes era vista como preocupada com questões insignificantes em comparação com a visão definitiva do médico sobre o que era importante. Esse período, em retrospecto, foi definido por uma espécie de injustiça testemunhal - um preconceito prevalente que diminuía a autoridade da família e consolidava o poder exclusivamente dentro da equipe médica. Estamos repetindo essa mesma injustiça agora? (Awdish; Ely, 2020, [s.p.], tradução nossa)

O que o vírus que causa a covid-19 trouxe - juntamente com o medo, a contaminação e a incerteza - é a exclusão epistêmica, ou seja, as famílias estão excluídas de momentos essenciais da doença, recuperação e processo de morte de seus entes queridos, que permitiriam compreensão e cura. Simplesmente não há como a família, excluída do leito durante uma pandemia, ter acesso ao conhecimento que a equipe possui. As melhores ferramentas e padrões de comunicação em nossos dispositivos digitais nunca serão suficientes para permitir que alguém realmente saiba o que está acontecendo no hospital. E sem as famílias, as equipes de cuidados estão perdendo conhecimentos essenciais sobre o paciente. Estamos nos prejudicando mutuamente. (Awdish; Ely, 2020, [s.p.], tradução nossa).

Outros estudos também trazem alguns questionamentos com a questão do isolamento e restrições das visitas:

[...] uma meta-análise recente menciona que pacientes infectados com SARS-CoV-2 que têm mais de 10 dias desde o início dos sintomas não têm capacidade de infectar outras pessoas, esse período pode ser estendido em casos graves até a 15 dias. Tendo em conta que os doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) devido ao grau de gravidade da doença COVID-19 tendem a permanecer mais tempo internados, faz então sentido mantê-los isolados durante tanto tempo? realmente baseado em evidências ou melhor, em opiniões? Neste tempo de pandemia temos levado ao extremo as medidas de proteção, o que se justificou no início pelo facto de estarmos perante uma situação desconhecida, mas agora passado mais de um ano e com mais informação, o que podemos mudar nos cuidados? Como mencionado anteriormente, um dos principais problemas do aspecto da humanização tem sido o isolamento de pacientes com COVID-19 por longos períodos. [...] Embora a humanização dos serviços vá além da visita familiar, esta parece ser a mais difícil de ser realizada atualmente (Camacho; González; Baro, 2021, p. 302, tradução nossa).

De fato, a humanização dos serviços de saúde engloba muito mais do que apenas permitir visitas familiares. No entanto, durante a pandemia, a suspensão das visitas familiares nos hospitais teve consequências significativas, afetando a dinâmica entre equipe médica,

pacientes e familiares. Cada um dos envolvidos nesse processo enfrentou perdas e sofreu as consequências dessa restrição.

A ausência física da família nas internações por covid-19 representou um obstáculo para fornecer atualizações formais e informais às famílias sobre o estado de saúde dos pacientes. Essa falta de contato direto contribuiu com o aumento significativo do desespero e das fantasias negativas diante do contexto pandêmico, ao mesmo tempo em que dificultou a discussão dos objetivos do cuidado, que devem refletir os desejos do próprio paciente (Gómez-González *et al.*, 2021; Redman; Carneiro, 2021).

Podíamos falar ao telefone com suas famílias e fazer algumas perguntas, mas estávamos muito ocupados apenas lidando com ajustes de choque e ventilador e tentando descobrir quais drogas usar ou quais drogas evitar. Esses telefonemas basicamente se tornaram atualizações muito curtas. Ligamos para uma mulher e contamos a ela 4 ou 5 minutos de informações sobre seu marido e ela disse: "Bem, é isso?" Então começamos a adaptar nossas conversas telefônicas para 30 minutos de duração. Isso é difícil quando você tem 25, 30 ou até mais pacientes com COVID. Onde você encontra o pessoal para passar esse tipo de tempo ao telefone com eles? Isso não aconteceu o suficiente. Não sabíamos dos nossos pacientes (Rubin, 2021, p. 1243, tradução nossa).

Nesse quesito, pontos importantes são alarmados na literatura, onde um cenário de sobrecarga, com diversos eventos estressores e tipos de sofrimento, conjuntamente com pacientes profundamente sedados, sem vozes, expressões e sem alguém que grite por eles levavam a uma despersonalização do sujeito (Miguel *et al.*, 2021) de modo a atravessar a forma como era tratado, como podemos observar no relato abaixo:

Por experiência própria, sei que quando alguém está profundamente sedado, isso afeta como cuidamos deles. Quando vejo alguém e eles não interagem comigo, posso me distanciar e não tratá-los como uma pessoa real. Não consigo pensar em quem são, fazer-lhes perguntas. É realmente uma tragédia na forma como cuidamos desses pacientes da UTI, e nem mesmo percebi isso nos meus primeiros 15 anos como intensivista (Rubin, 2021, p.1243, tradução nossa).

Nesse ponto, lembro-me de dois casos que retratam cenas em que a forma como o paciente se encontrava contribuía para comportamentos de despersonalização e reconhecimento do sujeito. Mas vale ressaltar que não se trata de desinvestimento em relação à técnica e ao tratamento tecnológico e medicamentoso, mas sim de cuidados em que o sujeito e sua história estão presentes mesmo que sem consciência, voz ou família por perto. O primeiro caso trata-se de um médico que claramente estava em processo de exaustão, fadiga e estresse. Ao contactá-lo para falar de um paciente específico que estava sob cuidado de ambos, relatei algumas informações sobre quem era o sujeito. Descrevi que o jovem paciente tinha um filho pequeno que perdeu a mãe e a avó no ano anterior. A mãe foi vitimada por um câncer e a avó

por causas naturais. Seu filho estava com suas duas únicas irmãs que manifestavam constante sofrimento sobre o estado de saúde do irmão, naquele momento intubado. Antes mesmo que eu terminasse de falar sobre o paciente, sua história e de que forma estava auxiliando esta família, o médico, ensurdecido pelas emoções, manifestou seu sofrimento, talvez não consciente disso, na seguinte frase: Por que você acha que eu escolhi me especializar em terapia intensiva? Foi para lidar com pacientes que não falam, não se mexem e não reclamam. Eu não quero saber da vida desse paciente. Eu estou tendo que cuidar dos pais de uma grande amiga médica, inclusive desse hospital, e que estão gravíssimos. Agora, você acha mesmo que eu quero saber quem é esse paciente? Você quer mesmo que eu saiba do sofrimento do filho desse paciente?
(NP)

É evidente que não saber sobre o paciente e sua história facilita a despersonalização, negando o fato de que se está lidando com uma pessoa e enxergando apenas a doença. Essa abordagem alivia os próprios sentimentos do médico ao realizar procedimentos dolorosos ou enfrentar o sofrimento que vai além do corpo (Silva; Texeira, 2002). No entanto, ter conhecimento sobre a história do paciente permitiria que, naquele momento, os boletins de comunicação fossem transmitidos de maneira diferente, compreendendo de que lugar as irmãs, como membros da família de referência para receber informações, falavam e em qual contexto estavam inseridas. Saber sobre a família, que é a extensão do paciente, e ter um mínimo de conhecimento de sua história é, em grande medida, a possibilidade de ouvir as dúvidas e os sofrimentos com acolhimento e respeito, mesmo que muitas dessas dúvidas sejam consideradas sem grande relevância do ponto de vista médico. Para a família, qualquer detalhe que possam receber nos boletins de comunicação, por mais "insignificante" que possa parecer, pode amenizar muitas angústias e fantasias indesejadas.

O segundo caso trata-se de uma estratégia que nós, psicólogos, utilizávamos para manter a conexão entre familiares e pacientes sedados, que era a transmissão de mensagens de áudio. Os familiares que se sentissem confortáveis gravavam mensagens afetuosas para que nós transmitíssemos os áudios aos pacientes, buscando proporcionar algum tipo de afeto e conexão emocional. Além disso, essa ferramenta tinha outros propósitos que serão detalhados posteriormente. No entanto, muitas vezes, enquanto transmitíamos as mensagens de áudio diretamente aos pacientes (muitos deles intubados), diversos profissionais adentravam o leito e conversavam como se não houvesse ninguém ali, nem o paciente e nem um profissional de saúde realizando seu trabalho. Além dos ruídos provenientes dos equipamentos no leito, que por si só já eram potenciais estressores, enfrentávamos dificuldades para aproximar o telefone

do ouvido do paciente devido à posição da cama hospitalar ou às posições físicas do próprio paciente, muitas vezes em prona. Com as portas abertas, outros profissionais e circulantes observavam a situação e comumente as falas gravitavam em torno de: "Você sabe que ele/ela está sedado e não está ouvindo nada, certo?" Em várias ocasiões, precisei intervir para ressaltar a função dessas mensagens de áudio para o paciente e as famílias, especialmente no contexto de suspensão das visitas e reforçar o respeito ao paciente que ali estava em tratamento para recuperar-se dos danos causados pela doença. O controle de ruídos, por exemplo, deveria ser uma premissa fundamental dentro das unidades de terapia intensiva, mas que, aparentemente, é facilmente esquecida, levando a profissionais adentrarem e saírem do leito batendo a porta ou falando todo e qualquer tipo de conteúdo dentro do leito pelo fato do paciente não estar acordado. (NP)

O mesmo tipo de cuidado deveria acontecer para os pacientes que estão despertando da sedação ou que já estão conscientes, afinal, os ruídos advindos das máquinas com alarmes acústicos para alertar a equipe quanto aos parâmetros monitorizados, ou mesmo quanto ao seu mau funcionamento, são por si só fontes de efeitos inesperados e desagradáveis (Sampaio Neto *et al.*, 2010), assim como um forte elemento para o desencadeamento de delírios.

Neste ponto voltamos a temática desse subitem, a ausência dos familiares criou obstáculos em momentos chaves no tratamento tanto do paciente internados na UTI quanto aqueles em fase de recuperação após uma infecção grave por COVID-19 (Rose *et al.*, 2020). Isso porque os pacientes que passam por um longo período de ventilação mecânica, ou seja, sedados, possuem dificuldades para despertar, o que torna a comunicação desafiadora para realizar o desmame da ventilação, onde é necessário que o paciente esteja acordado, atendendo a comandos, mas sem agitação motora. Uma vez consciente do ambiente ao seu redor, sem a presença de familiares e amigos para oferecer apoio e com os ruídos presentes em seu leito, o processo de desmame torna-se mais desafiador, contribuindo para um aumento do estresse, ansiedade, delírios e, conseqüentemente, uma menor participação no próprio tratamento de reabilitação. Nesse sentido a presença da família durante todo esse processo se torna ainda mais essencial, afinal, a família age como um porta-voz do paciente, principalmente daqueles que não podem falar por si, ocupando um papel fundamental para melhoria dos cuidados nas internações hospitalares (Andrés, 2021; Camacho; González; Baro, 2021; Rose *et al.*, 2020; Rubin, 2021).

O COVID 19 nos levou para trás cerca de 20 anos inicialmente. Nos anos 90, mantínhamos as pessoas em coma profundo, sedadas e imobilizadas por dias e dias a fio, e simplesmente não sabíamos quanto dano isso estava causando em sua mente,

corpo e espírito. E então, por volta de 2000, começamos a entender o papel do delirium. Criamos ferramentas como o CAM ICU, o método de avaliação de confusão para a UTI, e então começamos a usar essas ferramentas para conduzir ensaios clínicos randomizados, que comprovadamente melhoram a sobrevida e reduzem o sofrimento a longo prazo, livrando-se do coma e liberando os pacientes de todos os cuidados da UTI mais cedo. Fizemos grandes progressos em 2015 até 2018 e estávamos vendo 30%, 40% de queda no delírio. O COVID apagou completamente todo esse progresso. Houve momentos em que eu estava na UTI e sinceramente senti como se fosse a década de 1990. Os pacientes estavam em longos esquemas de benzodiazepínicos e em coma. Eles não estavam sendo mobilizados e não tinham família por perto. Eles são absolutamente mais propensos a experimentar delirium. Existem inúmeras razões que podem acontecer. O próprio vírus pode invadir o cérebro, embora essa não seja a principal razão para o delírio. Os pacientes com COVID sofrem muita destruição pulmonar e têm quedas nos níveis de oxigênio, e o cérebro precisa de oxigênio para pensar com clareza. Temos muita coagulação sanguínea no COVID, então os neurônios não recebem comida e oxigênio. Mas depois há as partes iatrogênicas do delírio, as partes que causamos. Damos a eles drogas, como esteroides, como dexametasona, e essas são muito delirio-gênicas. Imobilizamos os pacientes e levamos a família embora. A COVID fez com que despertássemos da importância de libertar os pacientes de nós mesmos e das coisas que lhes impomos de forma muito paternalista (Rubin, 2021, p.1242, tradução nossa).

Em um estudo realizado com pacientes críticos que sobreviveram à internação por COVID-19, constatou-se que 75% deles não se recordavam de sua admissão na UTI. Sua primeira lembrança foi recobrar a consciência após sair do coma induzido, resultado da sedação necessária para a ventilação mecânica. Esses pacientes descreveram uma sensação de confusão, incapazes de distinguir se os sonhos aterrorizantes que tiveram eram reais ou não. Sentiam-se amedrontados, solitários e desorientados, sem reconhecer rostos familiares que pudessem oferecer conforto e acalmá-los. A angústia emocional ao despertar após essa experiência era avassaladora, e eles dependiam do apoio de seus entes queridos para superá-la. Os familiares desempenham um papel ativo na UTI, não apenas como visitantes, mas também oferecendo conforto, orientação e auxiliando na integração da experiência na UTI como parte de sua história de vida mais ampla: a criação de significado era um elemento essencial no processo de recuperação (Kentish-Barnes *et al.*, 2021).

O delirium decorrente do processo de internação nas UTIs pode fazer com que os pacientes tenham alucinações horríveis e violentas a ponto de sentirem loucos ou adotarem comportamentos dos mais variados possíveis e imprevisíveis. Lembro-me de um paciente que fui avaliar após abertura de solicitação pela equipe médica. A solicitação dizia que o paciente se encontrava retraído, com humor rebaixado e não conseguia se alimentar, lançando para fora tudo aquilo que lhe era oferecido. Já havia passado por inúmeros exames, mas nada que justificasse organicamente o quadro gástrico. Ao chegar em seu leito, observei o olhar assustado do paciente, sua voz ainda saía em tom vocal baixo e se deteve a responder apenas

o que lhe era perguntado. Ao questionar se ele sabia onde estava e como havia chegado, o paciente faz sinal de negativo com a cabeça. Resolvo então falar sobre a pandemia, sobre o local onde estava e há quantos dias havia chegado. Discorro pelo processo de internação, intubação e relato até mesmo a possibilidade de quadros de delírios. Falo sobre nossas vestimentas e o quanto isso deveria lhe causar estranhamento e enfim falo sobre sua família e os contatos que havia feito com eles antes de ir até o seu leito, deixando-os de sobreaviso, caso ele quisesse realizar uma chamada de vídeo, o que altera de forma dramática a expressão do paciente, pois é a partir daí que a ligação com a realidade é restabelecida em função do vínculo de confiança. Prontamente o paciente questiona: minha família? Eles estão bem? Digo que sim e caso ele desejasse, faríamos contato com eles naquele momento. O paciente começa a chorar e diz: eu acho que tive aquele negócio que a senhora me explicou, porque para mim, meus familiares haviam morrido por covid e apenas eu tinha sobrevivido. Então decidi que ficaria sem comer para que pudesse morrer também. Não era justo somente eu sobreviver e ainda ficar sozinho sem eles. Após a fala do paciente, acolho seu relato e sofrimento e iniciamos a chamada de vídeo. Após rever sua família sua recuperação tomou outro rumo, além de alimentar-se, o paciente participava de seu processo de cuidado almejando sua alta e reencontro com a família. (Causa espécie imaginar que um paciente decida iniciar a auto morte por fome dentro de uma unidade hospitalar; é ainda mais impressionante imaginar que o faça por força de um delírio; mas é estarrecedor considerar que se faça por falta de escuta. Qual seria o Logos da pandemia?) (NP)

Um outro ponto que é relatado nos estudos e que podemos observar a partir do caso relatado acima, é que a falta de explicação sobre o isolamento, impossibilidade de visita dos familiares e até mesmo os processos necessários para reabilitação do quadro de saúde, pode resultar nos pacientes a sensação de abandono por seus familiares e queixas quanto à internação, especialmente quando estão em quartos individuais, sentindo-se esquecidos pelos profissionais de saúde e com falta de cuidados (Redman; Carneiro, 2021). A ausência da família nesse contexto corrobora com a sensação de nulidade e dependência completa dos profissionais de saúde que às vezes demoram para aparecer e, quando aparecem, se vão rapidamente, haja vista tudo que envolve o cenário pandêmico.

Quando reflito sobre minhas experiências clínicas, ainda sinto dor pelas dificuldades únicas de meus pacientes durante as restrições do coronavírus. Por exemplo, eu dizia aos meus pacientes: “Vou verificar você mais tarde”, após uma avaliação inicial e triagem, apenas para fechar a porta e provavelmente nunca mais voltar para seus quartos pelo resto do turno. Nosso hospital estava lotado de pacientes com COVID-19 e tive que correr para vê-los. Mal havia tempo para revisar os prontuários e

responder as páginas, muito menos voltar aos quartos para fornecer cuidados de suporte aos pacientes que já estavam internados. Eu me sentiria culpada e desconfortável porque eles passariam a maior parte do tempo sozinhos, com o mínimo de interação com a equipe e sem visitas. Com essas restrições exclusivas, testemunhei desafios em organizar conversas apropriadas sobre o fim da vida e preparar os pacientes e suas famílias para uma morte digna. Enfrentamos desafios, como nos comunicarmos com familiares por telefone ou vídeo, em vez de pessoalmente, e ajudar os familiares a lidar com pacientes moribundos que se deterioraram rápida e inesperadamente (Choi, 2020, p. 1682, tradução nossa).

Dessa forma, a suspensão das visitas presenciais nos hospitais trouxe desafios significativos para os profissionais de saúde, especialmente quando se trata de abordar assuntos delicados como cuidados no final da vida, medidas de conforto e agravamento do estado de saúde dos pacientes. A ausência dos familiares no contexto hospitalar impediu que eles testemunhassem pessoalmente a rápida deterioração da condição de saúde, levando a uma falta de tempo adequado para processar a doença e a internação do ente querido, bem como a iminente possibilidade de morte. A morte relacionada à Covid-19 tem sido um tema amplamente discutido nas publicações selecionadas. Contudo, dada sua natureza delicada e o profundo significado que carrega para os indivíduos, além de sua conexão inegável com o contexto da pandemia, a morte e o luto merecem ser abordados em um tópico separado, explorando as complexidades emocionais e os desafios psicológicos envolvidos nesse processo de perda e luto.

7.1.4 Morrer sozinho: um pavor quase universal

O avanço da tecnologia médica contribuiu para que as mortes na sociedade ocidental ocorressem predominantemente em hospitais, em vez de acontecerem nas casas das pessoas. Esse contexto levou ao distanciamento das crianças de seus entes queridos no momento da morte, o que resultou no desenvolvimento de um medo irracional e duradouro nelas (Ruiz; Gomes, 2011). Nesse padrão de morrer, o paciente ficava totalmente dependente do médico, com poucas oportunidades de compreender sua situação, bem como suas chances e opções de tratamento, resultando em silêncio tanto para a família quanto para o próprio paciente (Ruiz; Gomes, 2011).

Nas décadas de 1970 e 1980, começaram a surgir movimentos que defendiam os direitos dos pacientes, incluindo o direito de morrer com dignidade. Houve uma mudança gradual na sociedade, passando de uma abordagem escondida e silenciosa sobre a morte para uma postura mais aberta e disposta a discutir esse tema. Isso resultou em uma valorização da voz do paciente

no processo de morte, permitindo que ele participe ativamente desse momento (Kovacs, 2003 *apud* Ruiz; Gomes, 2011). No entanto, apesar das reivindicações por uma morte digna nos dias atuais, ainda há uma tendência de esconder e negar essa realidade (Ruiz; Gomes, 2011).

Nos últimos anos, tem havido avanços significativos rumo a uma morte digna, por exemplo, por meio do movimento de cuidados paliativos, iniciado por Saunders, Baines e Dunlop (Ruiz; Gomes, 2011). Esse movimento prioriza um cuidado ativo e abrangente para pacientes cujas doenças não respondem mais a tratamentos curativos, visando proporcionar a melhor qualidade de vida possível, tanto para eles quanto para suas famílias. No Brasil, políticas e diretrizes nacionais e locais têm fortalecido os direitos dos pacientes, como é o caso da Política Nacional de Humanização e da Carta de Direitos do Paciente. Esses direitos incluem a capacidade de aceitar ou recusar tratamentos dolorosos, receber cuidados respeitosos e afetuosos diante da morte e ter a dignidade plenamente preservada após o falecimento. É essencial considerar os desejos do paciente e de sua família, promovendo uma "boa morte" por meio de informações adequadas e aprimorando a relação entre profissionais e pacientes. Todos esses aspectos estão conectados aos direitos gerais dos pacientes, como por exemplo o controle sobre a presença de pessoas no momento final e a oportunidade de se despedir (Ruiz; Gomes, 2011).

Pensando em humanizar o processo de morrer, a Política Nacional de Humanização trouxe a elaboração de mudanças nas formas de lidar com a morte e o morrer envolvendo muitos aspectos, dentre eles: o respeito às necessidades espirituais e direitos do paciente, sendo a fé uma fonte de ajuda e conforto, frequentemente experimentado no momento da morte como uma necessidade espiritual intensa. Nesse sentido, se um paciente expressar a necessidade de experiências espirituais, isso deve ser respeitado pela equipe, pois é um direito do paciente, mesmo que essa necessidade seja considerada “estranha” ou “bizarra” para algumas pessoas. É evidente que não se trata apenas de mudar a forma de assistência, mas também de como a sociedade, em suas expressões culturais e simbólicas, tende a dar significado às ações relacionadas à morte (Ruiz; Gomes, 2011).

Um outro aspecto preconizado pela PNH enfatiza a necessidade de transformar a visão fragmentada da morte em uma perspectiva mais abrangente, reconhecendo que a morte tem impacto significativo na vida das pessoas. Os profissionais devem entender que lidar com a morte não se resume a seguir um protocolo de cuidados, mas também implica cuidar de si mesmos e compreender a importância de lidar com a morte dos outros como uma expressão do próprio processo de morrer. Para isso, é fundamental aprimorar os processos de trabalho para

atender às necessidades dos profissionais e dos pacientes diante da morte, buscando projetos terapêuticos, cuidados individualizados e construção de vínculos entre a equipe e os pacientes (Ruiz; Gomes, 2011).

Lembrando que a singularidade do paciente, assim como a de qualquer indivíduo, não se limita a si mesma. A pessoa que está morrendo faz parte de uma família e de um complexo conjunto de interações sociais que incluem seu ambiente de trabalho, sua etnia, idade, cultura, grupos sociais, gênero, entre outros. As instituições de saúde devem se preparar para atender às necessidades sociais que surgem no contexto da morte, abandonando o paradigma de manter a expectativa da morte em segredo e envolvendo ativamente o paciente e sua família, permitindo que o paciente possa se torne protagonista de sua própria morte. O objetivo não é curar, mas sim proporcionar um cuidado melhor, aliviar os sintomas e conduzir o paciente a uma "boa morte". Nesse sentido, os profissionais devem incorporar a importância da escuta em suas práticas de cuidado, pois essa capacidade é o elemento que une todas as ações de cuidado paliativo, buscando oferecer soluções dentro das limitações existentes (Ruiz; Gomes, 2011).

A humanização da assistência hospitalar também implica em permitir que o paciente, próximo da morte, tenha uma vivência confortável e acolhedora. Sendo necessário transformar a ambiência hospitalar, entendida como o tratamento dado ao espaço físico considerando seu caráter social, profissional e de relações interpessoais. Essa transformação envolve redesenhar os espaços de convivência e repensar a forma como as pessoas são acolhidas, superando a visão do hospital como um espaço asséptico, fechado e despersonalizante, como uma “instituição total” (Goffman, 1961). Enfim, para humanizar o tratamento da morte, é importante oferecer condições que ressaltem o respeito com a morte e proporcionar conforto físico aos familiares. Além disso, é recomendável que haja alguém da equipe disponível para oferecer apoio emocional e assistência espiritual quando necessário. É fundamental também considerar as necessidades dos familiares de ter algum contato físico com o cadáver, respeitando-se a dignidade humana. Mesmo sem vida, o cadáver ainda possui essa dignidade e não deve ser tratado como um objeto. Portanto, é necessário priorizar uma conduta ética no tratamento do corpo (Ruiz; Gomes, 2011). A humanização do processo de morte não significa encontrar uma solução, mas sim não separar a morte da experiência humana, oferecendo suporte emocional e acompanhamento espiritual aos pacientes e suas famílias (Noya *et al.*, 2021; Sánchez, 2020).

A pandemia de covid-19 resultou em diversos desajustes nas práticas das instituições de saúde, muitas das quais não foram previstas e para as quais não existia experiência prévia adequada. Uma das situações mais conflituosas foi o isolamento e a necessidade de evitar

contágio impedindo a visita dos familiares ao paciente internado. Essa restrição não apenas afetou a perspectiva médico-assistencial, mas também impediu que os pacientes fossem acompanhados por seus entes queridos nos momentos finais, quando se sabia que a morte estava próxima. A urgência de salvar as pessoas infectadas por covid-19 resultou em uma multidão de pacientes, que, após enfrentarem uma situação de desamparo, acabaram tendo que morrer sozinhos (Sánchez, 2020).

Na urgência, com o número de pacientes e demandas e as altas cargas de estresse, os profissionais de saúde não conseguiam dedicar o tempo necessário a cada assistido em estado terminal. Ao mesmo tempo a frase "devido às políticas hospitalares, não podemos permitir visitas neste momento" foi copiosamente repetida para as famílias, seja por telefone, seja em frente ao hospital enquanto as famílias suplicavam para ver seus entes queridos antes do falecimento. Um pedido aparentemente simples, que em tempos normais seria incentivado, tornou-se um dilema ético e assistencial (Wakam *et al.*, 2020). Inúmeras famílias ficaram desestruturadas por não poderem dar o último adeus aos seus parentes, como era seu direito e merecimento (Sánchez, 2020).

Essas restrições de visita também causaram um impacto emocional significativo na equipe de terapia intensiva, pois o apoio pessoal e emocional dos familiares durante a doença crítica de um ente querido é considerado uma parte fundamental da prática profissional nessa área. Esse apoio inclui a facilitação de uma "boa morte" com cuidados paliativos que permitem a presença da família, se desejado, e reduzem os riscos de um processo de luto complicado (Rose *et al.*, 2020).

Portanto, morrer sozinho é uma direção contra a dignidade humana. A solidão limita a participação do paciente nas decisões que o afetam, além de impossibilitar que eles se despeçam e resolvam questões importantes antes de partir. A ausência de despedida adequada aumenta as dificuldades do processo de luto e causa dor por não expressar as últimas palavras e gestos de amor (Sánchez, 2020).

*Nós temos vivenciado a questão familiar de forma muito ruim. É uma grande pena. Nós transmitimos música para alguns pacientes, ou cartas, mensagens, vídeos. Por outro lado, é horrível, porque você está muito ciente de que essa família não pôde se despedir das pessoas que faleceram, e isso é um luto patológico direto. E eu acredito que a família deveria ser informada de que seu parente não morreu sozinho, porque esse sentimento é de partir o coração. (ENF6) (Fernández-Castillo *et al.*, 2021, p. 401, tradução nossa).*

Além da impossibilidade de acompanhar de perto a evolução do quadro de saúde e se despedir do paciente enquanto ainda estava vivo, as restrições impostas também afetaram todo

o ritual fúnebre. Após o falecimento, havia restrições no reconhecimento do corpo e a despedida era realizada com o caixão fechado ou com as cinzas, sem apoio e sem poder realizar o funeral desejado e íntimo. Essa sobreposição da dor resultou em inúmeros processos de luto que necessitam de suporte psicológico devido às profundas marcas emocionais deixadas. Ao mesmo tempo, o isolamento de muitos pacientes impossibilitou a oportunidade de receberem o último apoio espiritual, um desejo frequente entre muitos deles e um direito que também lhes é devido (Sánchez, 2020). É importante lembrar a relevância da espiritualidade e religiosidade como manifestações inerentes ao ser humano. Estudos antropológicos enfatizam que a atividade religiosa acompanhou o homem desde seus primeiros momentos na história, deixando uma marca em todas as culturas. Nesse contexto, essas dimensões desempenham papéis significativos no enfrentamento do adoecimento, proporcionando recursos para construir a esperança e estabelecer uma conexão com algo transcendente. Refletir sobre essa importância pode fortalecer as pessoas diante das adversidades (Paula *et al.*, 2020).

No final, três grupos principais foram afetados pela morte solitária e pela falta de assistência e apoio espiritual adequados. Em primeiro lugar, os próprios pacientes morreram isolados durante o processo acelerado e inesperado de sua morte. Em segundo lugar, as famílias não puderam se despedir de seus entes queridos. Por último, os profissionais de saúde sofreram por não verem seus pacientes acompanhados durante o difícil momento da morte. Sem dúvida, no início da pandemia, foi necessário adotar essa abordagem para proteger a saúde pública e evitar a propagação do vírus. No entanto, não se deve minimizar ou subestimar os efeitos negativos adicionais sobre a saúde pública e a humanização dos cuidados de saúde, que agravaram a situação (Sánchez, 2020).

Para aqueles que perderam entes queridos por causa do vírus ou qualquer outra coisa durante esse período, suas perdas sempre serão marcadas. Não era o que imaginavam quando pensavam em se despedir da mãe ou da avó, do irmão ou do tio. Certamente não era assim que deveriam se despedir dos filhos. Este vírus já tirou tanto de nós e agora está tirando de nossa comunidade enquanto nos esforçamos para aprender a sofrer sozinhos. Não tenho certeza de que haja uma resposta melhor, mas acho que vale a pena fazer a pergunta: o benefício potencial supera o risco? (Greiner, 2021, p. 72, tradução nossa).

Lembro-me vividamente do caso de Dona J., uma mulher idosa de cabelos brancos presos em um coque, com um cateter de alto fluxo que já machucava seu rosto. O ambiente ao seu redor era barulhento e caótico, o que dificultava nossa comunicação. No entanto, era crucial para mim escutá-la, pois ela expressava constantemente seu medo e preocupação em relação à possibilidade de não retornar após a intubação. Sua mão segurou a minha com força,

como se implorasse para que eu não a deixasse sozinha. Esse pedido não foi superficial, foi feito com uma intensidade que refletia seu desespero. Eu sabia que o procedimento de intubação era inevitável, pois sua saturação de oxigênio estava baixa, chegando a 84. Reconhecia também os riscos envolvidos e a incerteza do resultado. Além de proporcionar apoio emocional e ouvir seus medos, a única ação que eu podia tomar era realizar chamadas de vídeo para seus filhos e netos. No entanto, até mesmo falar estava cansativo demais para ela, e o silêncio da comunicação transmitia desespero e angústia para sua família. Nesse momento, a família poderia ser um forte aliado, mas como exigir deles um apoio quando seus olhares refletiam o mesmo medo da paciente? Eles não conseguiam compreender o que estava acontecendo. Apenas três dias atrás, Dona J. estava bem, em casa, sorrindo com seus netos. E agora ela estava enfrentando o risco de ser intubada e morrer? Dona J. foi intubada e iniciamos um processo de estimulação com a transmissão de áudios enviados pela família e amigos. Apesar de informarmos abertamente sobre o estado de saúde da paciente, conscientemente, era quase insuportável considerar a possibilidade de sua morte. Os áudios transmitidos a ela estavam repletos de carinho, esperança e fé. A opção de se despedir por meio de vídeos ou áudios era impensável para eles, pois seria como "desacreditar" ou "desistir" da pessoa que mais amavam na vida. Afinal, se a morte estava próxima, como poderiam privar um filho de ver seus pais partindo? Como poderiam negar aos pais a oportunidade de se despedirem de seus filhos? E assim, muitas palavras não foram ditas. Nem mesmo um toque. Eu segurei a mão da paciente diversas vezes ao passar por seu leito, como ela havia me pedido quando estava consciente. No entanto, eu sabia que a mão que deveria estar segurando a dela era a de seus entes queridos. É angustiante recordar cada expressão facial e palavra final dos pacientes que acompanhei antes de serem intubados e falecerem. Essas experiências são profundamente marcantes e ressaltam a extrema importância da humanização no cuidado de saúde em situações tão delicadas. (NP)

Para além de morrer sozinho, talvez possamos fazer a alusão do peso de sobreviver sozinho. Um aspecto pouco abordado nos estudos, mas que se mostra relevante, é o peso de sobreviver sozinho diante das múltiplas perdas dentro de uma mesma família por COVID-19. Essas perdas resultaram em um luto intenso e no aumento do sofrimento emocional para os sobreviventes, os quais enfrentam sentimentos de tristeza, desesperança, raiva e culpa. Além disso, essas perdas podem acarretar um aumento significativo do estresse e do trauma, apresentando desafios emocionais, financeiros e práticos decorrentes dessa situação.

Somado a isso, as restrições impostas pela pandemia, como o distanciamento social e o isolamento, podem intensificar o sentimento de solidão e isolamento para aqueles que vivenciaram múltiplas perdas por COVID-19 dentro da mesma família. A falta de suporte social e a impossibilidade de reunir-se para o luto e o apoio mútuo tornam o processo de luto ainda mais difícil. Um dos estudos descrevem dois casos que exemplifica minimamente o impacto das múltiplas interações e perdas dentro de uma mesma família:

A Sra. C. não se sentia bem naquela manhã e seu marido chamou a emergência quando notou uma alteração em seu estado mental. Quando ela chegou à nossa emergência, estava em parada cardíaca e, apesar de nossos melhores esforços, ela morreu. Descobrimos logo após a morte dela que ela estava com Covid-19. Como ela tinha o vírus, ela não poderia ter um visitante, nem mesmo após a morte. Infelizmente, seu marido também estava com o vírus e, como tal, nem mesmo era permitido entrar no prédio. [...] Estávamos parados entre o contêiner de lixo e a parede do prédio; parecia oferecer pelo menos um pouco de privacidade e uma pequena sombra. Que lugar horrível para receber a pior notícia de sua vida. O Sr. C. estava olhando para nós, atônito, quando seu telefone tocou. Ele olhou para baixo e, para minha surpresa, atendeu. "É do hospital", murmurou. O Dr. T e eu nos olhamos. Por que diabos o hospital estava ligando para ele agora?! O Sr. C. fez alguns sons de reconhecimento gerais e então disse: "Obrigado, Dr. L", e desligou. "Dr. L?" Eu disse. O Dr. L era um de nossos intensivistas. A Sra. C. nem chegou até ele. Por que diabos ele estava ligando? "O médico do meu filho. Ele também está aqui... com a Covid... acho que ele não está indo muito bem..." Nós três ficamos lá por um momento, deixando a gravidade afundar. A esposa desse homem tinha morrido e seu filho estava potencialmente morrendo do mesmo vírus. O Dr. T ofereceu condolências novamente e se desculpou, deixando o Sr. C. e eu parados e suando no estacionamento da emergência. "Senhor C., sinto muito." Lá está de novo, aquela velha frase cansada que é tão vazia de significado. Estou tão cansada de sentir muito. "Obrigado por tudo que você fez... o que você precisa de mim agora?" "Estou mais preocupada com o que posso fazer por você... você quer que eu encontre uma cadeira para você... ou algo assim?" Isso ia contra o meu treinamento, procurar uma saída, mas o homem estava atordoado e agora apoiado em um contêiner de lixo... eu tinha medo de que ele pudesse desmaiar. "Não, não... você escolhe uma funerária, ou o que acontece agora?" "Bem, não, senhor, você escolhe e me avisa. Nós ligamos para eles e eles ligam para você e o guiam em alguns próximos passos. Mas não estamos com pressa. Você pode conversar com sua família sobre isso e me ligar mais tarde, se precisar..." "Que família?" Seu tom foi duro. Eu fiquei em silêncio. Ele enxugou o suor da testa. "Desculpe. Tenho que ir. Talvez eu adie essa coisa se meu filho precisar de um funeral também." Ele começou a se afastar de mim, rapidamente e determinado. "Vou ter apenas um duplo funeral em vez de dois", ele meio gritou para mim por cima do ombro. Eu não fui atrás dele. Não havia mais nada a dizer, nenhum lugar para levá-lo. Fiquei parada por um momento, certificando-me de que ele não voltaria. Eu o vi começar a caminhar e partir (Greiner, 2021, p. 68, tradução nossa).

No segundo caso, ocorreu a hospitalização de três membros da mesma família devido à Covid-19, resultando em um falecimento entre eles.

A Sra. J. tinha 30 anos e estava morrendo de Covid. Sua mãe, Sra. K., estava no andar de internação acima dela, se recuperando da Covid. Sua irmã, havia sido liberada ontem, depois de lutar contra o vírus com sucesso o suficiente para voltar para casa. Essa Sra. J. não teria tanta sorte. Seu médico me ligou e explicou que a mãe da paciente estava no quarto quase diretamente acima de onde a Sra. J. estava e

perguntou o quão difícil seria organizar uma visita. Foi assim que o coronavírus se tornou uma bênção e uma maldição - maldição porque matou sua filha, mas uma bênção porque permitiu que essa mãe estivesse com sua filha enquanto ela morria. A Sra. K. estava chorando quando a conheci. O médico acabara de dizer a ela que sua filha não sobreviveria. Ela me implorou para dizer que não era verdade. Ela me implorou para dizer que era uma brincadeira. Ela chorou e segurou minha mão enquanto eu explicava que tínhamos feito alguns arranjos para permitir que ela visitasse a Sra. J. Sem o conhecimento da Sra. K., quatro pessoas do alto escalão tiveram a palavra final sobre quem estaria com sua filha enquanto ela morria. E depois que a enfermeira e a gerente de enfermagem da Sra. J. concordaram, e a enfermeira e a gerente de enfermagem da Sra. K. concordaram, e ambos os médicos concordaram, as diretoras de enfermagem, o vice-presidente de ética e o diretor de acreditação disseram sim. Para o crédito deles, isso aconteceu bastante rápido, não como a besta de movimento lento que a assistência médica geralmente pode ser. A Sra. K. estava compreensivelmente arrasada, mas ela continuava se apegando à esperança de que Deus desse um milagre para sua filha. Sua família estava fazendo chamadas de vídeo de fora do hospital. Eu reconheci a área da entrada, a fonte principal e as árvores de várias partes do nosso campus. Eles estavam todos aqui, mas incapazes de estar com sua amada irmã, prima, filha e neta. Eles se revezavam chorando e se despedindo. Eles frequentemente oravam. Uma irmã rezou por quase 40 minutos seguidos. A Sra. K. olhava para a Sra. J., às vezes tocando o rosto dela e pedindo a ela para acordar, por favor. O próximo membro da família ligou e houve mais orações, mais lágrimas. Eu pude perceber que a Sra. K. estava exausta. Ela não passava mais por toda a saga da jornada da Sra. J. a cada nova ligação. Ela estava resignada e apenas segurava o telefone para que eles pudessem ver o rosto de Erica, inchado e desgrenhado, com a boca aberta por um tubo de plástico que a mantinha viva - o mais perto possível de estar viva. A Sra. K. também estava doente, eu tive que me lembrar disso. Provavelmente, ela estava exausta. Já estávamos lá há mais de uma hora nesse ponto. A Sra. K. estava relutante em sair, mas sua filha ainda iria resistir por várias horas. Na verdade, outro capelão seria chamado para acompanhar a Sra. K. uma última vez, bem a tempo de ver a Sra. J. sucumbir a esse terrível vírus (Greiner, 2021, p. 70, tradução nossa).

Em suma, a experiência angustiante de falecer sem acompanhamento e de encarar a ocorrência de múltiplas perdas por Covid-19 no seio familiar ressalta a magnitude da catástrofe psicossocial gerada pela pandemia.

Esses cenários evidenciaram a imperativa necessidade de intervenções imediatas com o intuito de atenuar os impactos ocasionados pela Covid-19. Apesar das adversidades, o engajamento coletivo em direção às demandas dos pacientes e de seus familiares impulsionou a criatividade na busca por soluções que transcendessem a mera cura física.

7.2 POTÊNCIA COLETIVA: MITIGAÇÃO DOS DANOS IMPOSTOS PELA PANDEMIA DE COVID-19

A maioria dos estudos analisados nesta pesquisa não explorou explicitamente o conceito de humanização. Isso se deve, em parte, ao fato de muitos desses estudos serem de origem estrangeira, e cada país tem seu próprio sistema de saúde e políticas específicas, o que pode influenciar a ênfase dada à humanização. Além disso, os recursos disponíveis em cada país,

como infraestrutura de saúde, formação profissional e financiamento, podem afetar a implementação de práticas de humanização. É essencial considerar essas diferenças culturais ao discutir a humanização na área da saúde, reconhecendo que não existe uma abordagem única e universalmente aplicável.

No entanto, foram identificados conceitos relacionados à humanização, como o CCPF (Cuidado Centrado na Pessoa e na Família) e o Cuidado Compassivo. Embora esses conceitos possam variar em suas denominações e bases teóricas, os estudos analisados revelaram uma preocupação significativa com os impactos da pandemia nas práticas de cuidado em saúde destinadas a profissionais, pacientes e familiares. Esses estudos destacaram a necessidade de uma abordagem mais humanizada no contexto da pandemia, reconhecendo que as restrições e desafios impostos pela crise sanitária afetaram não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e psicossocial dos envolvidos. Em decorrência disso, surgiram dúvidas semelhantes entre os estudos, orientando-os na busca de medidas para redução dos danos causados pelas barreiras impostas pela COVID-19. Como resultado, diversas questões foram levantadas visando a busca de soluções que pudessem ajudar a mitigar os efeitos da pandemia nas práticas de cuidado.

Na pandemia, o conceito de urgência, muitas vezes, suplantou o de humanização. Diante do desconhecido e do caos instalado na maioria dos equipamentos de saúde, muitos deles convertidos em alas para tratamento exclusivo a pacientes de COVID-19, como pensar a humanização? Como ser humano e respeitar a humanidade do outro em um cenário nunca antes experienciado? [...] Como podemos oferecer um tratamento humanizado e digno diante da impossibilidade de contato, de presença, de calor? Como oferecer um cuidado humanizado com máscaras e outros equipamentos de proteção individual que, muitas vezes, nem permitem que saibamos realmente quem está por trás dessas barreiras? Barreiras necessárias, mas barreiras. Como podemos acolher tendo telas que nos separam, conexões que nem sempre nos aproximam? Como podemos humanizar a experiência do morrer? (Giamatney *et al.*, 2022 *apud* Scorsolini-Comin, 2022, p. 2).

A compreensão desses impactos permitiu uma reflexão sobre a importância de promover um cuidado que vá além do aspecto puramente técnico, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo e a importância das relações interpessoais no processo de recuperação. A humanização, nesse sentido, transcende a simples aplicação de protocolos e procedimentos clínicos, abraçando uma abordagem holística que valoriza a escuta ativa, o respeito à autonomia do paciente, a empatia e a criação de um ambiente acolhedor e seguro.

Em suma, mesmo sem uma conceituação explícita da humanização, a revisão da literatura evidenciou uma preocupação significativa com aspectos relacionados à dignidade humana, sobrecarga dos profissionais de saúde, isolamento, solidão, barreiras na comunicação,

perda de autonomia, retorno ao modelo hospitalocêntrico e desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. É importante ressaltar que muitos desses aspectos já estavam presentes no contexto hospitalar, com desafios para superação. No entanto, a pandemia evidenciou e acentuou os problemas que precisam ser enfrentados, que tomaram uma nova dimensão ou que se somaram a tantos outros.

Diante disso, os estudos indicam a adoção de medidas como forma de mitigar os danos decorrentes da pandemia. Nesse contexto, são apresentadas medidas que vão além das práticas prescritas, especialmente em um período de urgência e adaptação, no qual a busca empírica desponta a criatividade na produção de saúde diante de uma catástrofe.

7.2.1 Reconectando laços: o uso da tecnologia a favor do cuidado

Não há como negar que o avanço das tecnologias de comunicação contribuiu para a redução de um dano que poderia ser ainda maior, caso tivesse ocorrido há alguns anos, como em outras epidemias sofridas pelo mundo. Não só no ambiente hospitalar o uso dos meios de comunicação digitais foram forte aliados.

Nos estudos analisados, foi observado o esforço de adaptação nas formas de cuidado em resposta às limitações impostas pela pandemia. Uma das principais perdas destacadas foi a suspensão das visitas e do acompanhamento durante a internação, o que exigiu a implementação de estratégias para aproximar pacientes e familiares, garantindo suporte ao paciente e a participação da família no processo de cuidado. É importante ressaltar que a ausência da família durante a internação já era apontada pela literatura científica como algo negativo antes mesmo da pandemia de COVID-19 (Lessa *et al.*, 2022).

O uso da tecnologia, como as chamadas "visitas virtuais", mostrou-se como um aliado importante durante as internações hospitalares (Camacho; González; Baro, 2021). Essa abordagem permitiu que pacientes e familiares mantivessem contato próximo, facilitando a compreensão do adoecimento, da necessidade de internação e dos sentimentos envolvidos nesse processo. Foram observados benefícios também para os profissionais de saúde e para a instituição, já que as famílias se tornaram parceiras no cuidado ao paciente (Fernández-Martínez *et al.*, 2022). A comunicação por meio de chamadas de vídeo proporcionou uma interação diferenciada entre os profissionais de saúde e os familiares, mesmo que virtualmente, contribuindo para desmistificar medos e inseguranças relacionados ao contexto da pandemia.

Além disso, é preciso destacar os benefícios das chamadas de vídeos para os pacientes na possibilidade de reconexão com o mundo externo, aquele que sua rede de apoio pertence e é sentido de forma muito distante tanto na forma abstrata, quanto geograficamente, tendo como dura realidade as paredes frias de um leito hospitalar, sem discernimento sobre as horas e o tempo – se era noite, dia, madrugada, se chovia ou fazia sol, se era hora de almoçar ou se já havia almoçado – percepções simplórias e automatizadas no dia a dia, mas que quando privadas provocam desorganização e distanciamento da realidade sobre si e sobre o mundo.

Através das chamadas, os pacientes tinham acesso a vários integrantes da rede de apoio que se reuniam no momento da chamada de vídeo, inclusive os amados animais de estimação, no mesmo espaço físico, e quando necessário e possível reuníamos várias pessoas em lugares diferentes – as vezes bairros, cidades, estados ou países - em uma só chamada contribuindo também com reencontros em um momento tão preciso e imprescindível de afeto. ^(NP)

Ao utilizar recursos tecnológicos, os profissionais de saúde podem amenizar a sensação de isolamento e proporcionar uma experiência mais acolhedora aos pacientes. No entanto, é crucial assegurar que esses recursos sejam disponibilizados de maneira acessível e inclusiva para todos os pacientes, levando em conta suas necessidades individuais. Facilitar a comunicação entre a família e o paciente tem o poder de reduzir os efeitos da solidão e do medo tanto para os pacientes quanto para seus entes queridos. Além disso, também contribui para diminuir o estresse e a ansiedade enfrentados pelos profissionais de saúde ao testemunharem essa situação (Noya *et al.*, 2021).

Além de promover a aproximação familiar e fortalecer os recursos emocionais do paciente, as videochamadas desempenhavam outra função importante, elas também eram utilizadas para possibilitar despedidas (Greiner, 2021; Sánchez, 2020). No entanto, lamentavelmente, as restrições relacionadas à privacidade e à funcionalidade restringiam a eficácia das ferramentas de comunicação por vídeo disponíveis no mercado ao serem utilizadas para permitir visitas virtuais e comunicação por vídeo com as famílias de pacientes gravemente enfermos e inconscientes (Rose *et al.*, 2020). *De fato, enfrentávamos desafios ao realizar chamadas de vídeo para pacientes inconscientes, pois não tínhamos controle sobre a imagem durante essas chamadas. Mesmo orientando os familiares sobre a importância de respeitar a imagem do paciente, não podíamos garantir que sua imagem não estava sendo registrada indevidamente. Essa falta de controle representava uma preocupação em relação à confidencialidade e dignidade do paciente. ^(NP)*

Uma estratégia bastante utilizada para pacientes inconscientes era o envio de mensagens de áudio pela família e amigos. Essas mensagens tinham como objetivo oferecer um espaço onde os familiares pudessem expressar seu afeto ao paciente. Reconhecíamos que esse recurso poderia ajudar a família a lidar com o adoecimento e a ausência repentina do ente querido, além de servir como estímulo para o paciente, mesmo que estivesse inconsciente, já que a voz familiar tem um impacto significativo. Outro aspecto importante era incentivar a família a armazenar esses áudios, para que quando o paciente acordasse e estivesse em condições, pudesse ouvi-los e preencher o vazio do tempo em que esteve sedado. Essa prática também foi uma ferramenta valiosa para combater a sensação de solidão e abandono muito presente nas falas dos pacientes isolados. (NP)

Outro método descrito nos estudos, tratava-se do envolvimento da família em chamadas de vídeos de forma a participar nas tomadas de decisões junto a equipe assistencial (Fernández-Martínez *et al.*, 2022). *Realizava-se um procedimento semelhante com pacientes em estado inconsciente, nos quais suas famílias expressavam uma angústia desesperada por não poderem ouvir diretamente do paciente como ele se sentia. Nessas situações, em colaboração com a equipe médica, organizava-se uma visita virtual na qual estaríamos presente ao lado do paciente e o médico esclareceria todas as dúvidas da família e demonstraria, por meio de equipamentos como bombas de infusão, fios e sinais vitais, os tratamentos que estavam sendo administrados e como o paciente estava respondendo a essas intervenções. O objetivo era atribuir um rosto aos nomes dos profissionais que cuidavam diretamente do paciente. Mesmo que apenas os olhos fossem visíveis nesse rosto, isso proporcionava uma sensação de maior segurança à família em relação à equipe de saúde e contribuía de forma significativa para um melhor estabelecimento de vínculo. Em algumas ocasiões, também realizávamos essas visitas virtuais com outros profissionais, como fisioterapeutas, que detalhavam os procedimentos realizados e permitiam que a família tivesse mais tempo para fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas. Isso era especialmente importante, considerando que os boletins de comunicação muitas vezes eram breves, nem sempre estabeleciam conexão com o relatório do dia anterior e nem sempre proporcionavam um ambiente acolhedor. (NP)*

Outros estudos relataram a utilização da musicoterapia como uma forma de promover um cuidado mais acolhedor, proporcionando momentos de conforto e alívio para os pacientes. O emprego da musicoterapia se manifesta na oportunidade dos pacientes expressarem suas emoções e se conectarem com suas experiências (Silva Junior *et al.*, 2021). *Além disso, implementávamos a música para os pacientes inconscientes. Após consultar a família sobre o*

gosto musical e as músicas significativas para o paciente, criávamos uma playlist através de um tablet para ser reproduzida em seu leito. Essa iniciativa tinha como objetivo estimular o paciente e proporcionar um ambiente mais familiar, amenizando os ruídos dos equipamentos.
(NP)

Para além, dos benefícios concedidos no uso da tecnologia, também se faz importante considerar a liberação dos pertences pessoais dos pacientes (quando conscientes), especialmente nesses contextos. Estudos destacaram a importância desses objetos, pois eles trazem familiaridade e uma sensação de segurança emocional. Além disso, a posse de um celular pessoal permite que os pacientes se conectem com seus familiares, ouçam suas músicas, vejam vídeos e realizem atividades para passar o tempo. Portanto, é fundamental avaliar a viabilidade e segurança dessa prática, visando promover uma experiência mais acolhedora e empoderar os pacientes durante o processo de recuperação.

A solicitação da gestão dos bens pessoais torna-se importante numa altura em que desaparece a rotina de acompanhamento. Os pertences pessoais são vistos pelos pacientes como algo familiar e o fato de terem as coisas de que precisam para diminuir sua ansiedade e sua percepção de solidão. Esta pandemia gerou necessidades até agora não formalizadas, as instituições não estavam nem material nem emocionalmente preparadas para se adaptar a mudanças tão rápidas. O isolamento, não só dos pacientes, mas dos próprios familiares em suas casas, tem gerado incerteza e medo. Facilitar a comunicação entre eles faz com que o hospital seja percebido como um local mais humanizado, no qual o atendimento personalizado e a socialização no isolamento são favorecidos (Avellaneda-Martínez *et al.*, 2021, p. 17, tradução nossa).

Devemos reconsiderar os preconceitos relacionados ao uso de telefones celulares pessoais na UTI. Pesquisas desatualizadas mostraram que os telefones celulares poderiam causar interferências potenciais no funcionamento dos dispositivos de monitoramento. Atualmente, essa opinião não é mais suportada, porque os novos telefones celulares (4G) parecem não causar nenhuma interferência nos equipamentos médicos. Além disso, os dispositivos médicos atuais são projetados para operar com segurança em qualquer condição. O uso de tablets pessoais e telefones celulares pode ser uma maneira importante de manter contato com pessoas significativas dos pacientes (Bambi *et al.*, 2020, p. 239, tradução nossa).

A presença de celulares em UTIs sempre foi um assunto delicado devido às preocupações relacionadas à contaminação e à privacidade dos pacientes. Estudos demonstraram que os celulares podem servir como fonte de contaminação, o que levou as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) a restringir seu uso nesses ambientes (G1, 2019). Além disso, a presença de câmeras nos celulares representa uma ameaça à privacidade e confidencialidade dos pacientes, uma vez que pode haver violação de informações médicas confidenciais.

As políticas de restrição de equipamentos eletrônicos variam entre as instituições de saúde, podendo haver exceções para o uso controlado de dispositivos eletrônicos. No entanto, é importante considerar o impacto que a retirada desses objetos pode ter nas pessoas que cresceram em um ambiente imerso no desenvolvimento tecnológico. A dependência do celular e sua funcionalidade multifacetada são aspectos que precisam ser ponderados ao discutir a proibição de seu uso em UTIs. Compreender os efeitos psicológicos e emocionais dessa restrição é fundamental para encontrar um equilíbrio entre a segurança e a satisfação das necessidades individuais dos pacientes. A abordagem desse tema requer uma reflexão cuidadosa e uma análise das políticas existentes, levando em consideração os avanços tecnológicos e as necessidades dos pacientes no contexto atual.

De qualquer modo, mesmo considerando os inúmeros benefícios alcançados com o uso da tecnologia como ferramenta de comunicação durante a pandemia de COVID-19, é necessário abordar os desafios e as ramificações que devem ser levados em conta. Um desses desafios diz respeito às questões socioeconômicas, como é o caso daqueles que não têm acesso à tecnologia, à internet ou que têm dificuldades no manuseio dessas tecnologias, como idosos (Avellaneda-Martínez *et al.*, 2021; Redman; Carneiro, 2021). *Nesses casos, eram disponibilizados espaços dentro da instituição para a realização de videochamadas, com acesso à internet e computadores ou celulares. No entanto, nos deparamos com outra barreira ao oferecer esses espaços: a triste realidade enfrentada por muitos usuários do SUS no Brasil, que enfrentam dificuldades de locomoção devido a questões de saúde ou até mesmo por falta de recursos financeiros para o transporte.* (NP)

Adicionalmente, a ausência de um fluxo adequado e a falta de definição dos participantes envolvidos no processo de realização das visitas virtuais, bem como a escassez ou número limitado de equipamentos institucionais específicos para essa atividade, levaram os profissionais de saúde a recorrerem ao uso de seus celulares pessoais, resultando em desdobramentos indesejáveis. Por um lado, os familiares dos pacientes frequentemente ligavam em busca de informações sobre seus entes queridos, gerando uma demanda constante que sobrecarregava os profissionais de saúde e causava angústia, uma vez que nem sempre era possível responder prontamente a todas as solicitações. Por outro lado, receber ligações fora do horário de trabalho causava desconforto aos profissionais que não estavam de plantão, ao passo que gerava ansiedade nos familiares que muitas vezes não recebiam o retorno esperado às suas preocupações.

Ferramentas de videoconferência como Whatsapp, Facetime e Skype exigem o uso de um login pessoal ou número de telefone e não possuem a capacidade de bloquear a origem das chamadas. Isso levou a situações em que a equipe clínica usou dispositivos pessoais, especialmente em situações emergenciais e de fim de vida, fornecendo inadvertidamente às famílias um número de contato que se presume pertencer à UTI. Chamadas subsequentes dos membros da família têm causado angústia para ambas as partes (Rose *et al.*, 2020, p. 1, tradução nossa).

Portanto, para a utilização desse recurso se faz necessário abordar de forma mais abrangente essas questões relacionadas à disponibilidade de equipamentos eletrônicos, estabelecimento de fluxos adequados e definição de responsabilidades claras para garantir que as visitas virtuais sejam realizadas de maneira eficaz e sem sobrecarregar os profissionais de saúde, especialmente quando há poucas equipes envolvidas nessa atividade.

Um aspecto adicional que não foi abordado nos estudos refere-se aos desafios relacionados à aceitação das chamadas de vídeo por parte dos pacientes. Diversos motivos contribuíam para essa relutância. Um dos motivos mais comuns era o receio de serem vistos pelos familiares em um estado debilitado, com dispositivos médicos como cateteres de alto fluxo, traqueostomia ou dificuldade de fala. Além disso, alguns pacientes temiam que se emocionar durante a chamada pudesse ter consequências negativas em seu estado clínico. Em alguns casos, os pacientes preferiam evitar até mesmo ouvir a voz dos familiares, pois sabiam que isso poderia despertar emoções intensas. Essa situação gerava grande angústia nas famílias, que frequentemente tinham receios de que informações importantes estivessem sendo ocultadas e sofriam com a sensação de não estarem realmente envolvidas no processo de cuidado, incapazes de visualizar, ouvir e oferecer apoio ao paciente. Apesar de respeitarem a vontade do paciente internado, os familiares tinham o temor de não terem a oportunidade de se despedir e trocar palavras pela última vez com o ente querido.

7.2.2 Tecendo conexões além das barreiras: expressões afetivas no cuidado

Os estudos também abordam a importância das expressões afetivas no cuidado de saúde durante a pandemia, tanto através de sua implementação prática quanto como sugestão para aprimorar as práticas existentes. Essas expressões vão além da comunicação verbal e englobam uma variedade de manifestações emocionais, como o uso de cartas, fotos, objetos pessoais e outros atos simbólicos. Esses estudos versam sobre a relevância dessas expressões afetivas na promoção do bem-estar dos pacientes, explorando como elas podem estabelecer uma conexão mais profunda entre os profissionais de saúde e os pacientes, bem como entre os pacientes e

seus entes queridos. Através dessas manifestações emocionais, busca-se superar os obstáculos impostos pelo contexto pandêmico, criando laços afetivos que proporcionam conforto, apoio emocional e um senso de pertencimento. Essa abordagem vai além do tratamento clínico, reconhecendo a importância do aspecto humano no cuidado de saúde, especialmente em momentos de crise e isolamento. Ao explorar essas expressões afetivas, os estudos buscam melhorar a qualidade do cuidado e fortalecer a relação entre os envolvidos.

Os profissionais da linha de frente adotaram uma ferramenta para contornar a barreira causada pelo uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), que cobrem seus rostos e dificultam a identificação visual e a expressão de sentimentos, como o sorriso, que é caracteristicamente humano. Essa ferramenta consiste na utilização de crachás com fotos atualizadas e facilmente visíveis, com o objetivo de melhorar a comunicação e promover o estabelecimento de confiança não apenas com os pacientes, mas também entre os colegas de trabalho (Andrés, 2021; Vasconcelos; Bussinguer, 2021). *No entanto, a adesão a essa prática requeria a conscientização por parte dos profissionais de saúde. Comumente esses crachás personalizados não substituíam o crachá obrigatório para acessar as instituições de saúde, sendo necessário utilizá-los como um item adicional, fazendo com que muitos profissionais deixassem de utilizar ou por não compreenderem o objetivo e relevância ou por ser um item a mais para higienizar na saída e entrada no hospital. O que nos impele a questionar, quais são as outras práticas ou medidas que são deixadas de lado ou negligenciadas em função do que é considerado obrigatório e exigido pelas instituições de saúde?* (NP)

Outra prática mencionada na literatura, embora de forma pontual, é o uso dos diários da UTI. Esses diários tinham o potencial de reconectar os pacientes com os eventos vivenciados durante sua permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), especialmente quando estavam sedados (Bambi *et al.*, 2020).

De fato, estudos anteriores à pandemia já apontavam a eficácia dos diários da UTI na prevenção da depressão em pacientes e na melhora da qualidade de vida, incluindo aspectos emocionais (Bambi *et al.*, 2020). No caso dos familiares, o diário auxiliou no acompanhamento do tempo e na compreensão da doença grave do paciente, servindo como uma fonte de informações quando não estavam presentes. Além disso, fortaleceu a união entre família, paciente e equipe, humanizando o cuidado prestado e proporcionando uma memória tangível dos últimos dias. A comunicação com pacientes sedados e a presença de fotografias também foram valorizadas. O diário também ajudou as famílias a lidarem com o ambiente desconhecido da UTI, conferindo um propósito e auxiliando no enfrentamento emocional. Os profissionais

de saúde, especialmente as enfermeiras, reconheceram o valor do diário para o cuidado centrado na família, comunicação e apoio emocional. A escrita no diário promoveu a reflexão e aprimoramento dos cuidados de enfermagem, fortalecendo a conexão com pacientes e familiares. Embora tenham sido relatados benefícios, também foram levantadas preocupações, como a falta de informações adequadas, questões de privacidade, manejo das emoções negativas e a necessidade de orientação na escrita. A implementação dos diários também foi afetada pela falta de colaboração entre as equipes de saúde, escassez de tempo e preocupações legais (Barreto *et al.*, 2021).

Na perspectiva dos pacientes, o diário os auxiliou a compreender o que passaram durante a doença crítica, a ter uma melhor compreensão do processo de recuperação, a atribuir sentido aos pesadelos e memórias confusas, a reconhecer a importância da presença de familiares e entes queridos durante a internação na UTI e a humanizar os profissionais de saúde que os ajudaram a superar doenças graves. Os pacientes também ressaltaram quais elementos do diário foram importantes para sua recuperação, como a presença de fotografias e a leitura do diário com um profissional de saúde, o que contribuiu para o aprimoramento do conceito do diário de UTI. Em resumo, os pacientes recomendaram o uso do diário da UTI, relatando benefícios significativos, como uma abordagem mais eficaz do processo de recuperação lenta de doenças críticas, fortalecimento dos laços familiares e humanização da equipe da UTI. Em resumo, o diário da UTI foi considerado benéfico pelos pacientes, familiares e profissionais de saúde, promovendo suporte emocional, melhor comunicação e humanização do cuidado (Barreto *et al.*, 2021).

Outro meio de manifestar afeto e aproximar familiares, pacientes e profissionais de saúde foi o uso de cartas (Fernández-Martínez *et al.*, 2022). Essas cartas, escritas por familiares, amigos ou até mesmo por profissionais de saúde, eram entregues aos pacientes hospitalizados como uma forma de fornecer apoio emocional, conforto e conexão. Assim como algumas cartas possuíam como destinatários os profissionais de saúde ou familiares. As cartas podiam ter diversos objetivos, como transmitir palavras de encorajamento, amor, esperança e saudade, compartilhar notícias da família e do mundo exterior, lembrar momentos felizes, pedir desculpas, reatar laços e fortalecer o vínculo emocional entre o paciente e sua rede de apoio. Além disso, podem servir como uma fonte de motivação para o paciente durante seu processo de recuperação e ajudar a reduzir o sentimento de distanciamento social.

De fato, a expressão verbal de sentimentos nem sempre é fácil para todas as pessoas, levando em consideração fatores como suas experiências passadas, mecanismos de

enfrentamento emocional e preferências pessoais de comunicação. Em nossa prática, frequentemente recebíamos cartas direcionadas aos pacientes, enviadas por membros da família. Era comum recebermos cartas especialmente de crianças, contendo desenhos que representavam uma maneira lúdica e genuína de expressar seus sentimentos. Nessas situações, tínhamos a responsabilidade de entregar as cartas ao paciente ou até mesmo de lê-las, seja quando o paciente não podia fazê-lo, seja a pedido do próprio paciente. Valorizávamos essas cartas e as guardávamos cuidadosamente para entregá-las aos pacientes quando recebessem alta hospitalar, considerando que, devido às mudanças de leitos e a outros fatores, as cartas muitas vezes se perdiam. Infelizmente, em algumas situações, a entrega das cartas não era possível devido ao falecimento do paciente. Nesses casos, sentíamos profunda tristeza ao devolver as cartas à família, compreendendo a importância e o significado emocional que elas representavam. Essa prática de receber e ler cartas destinadas aos pacientes tinha como objetivo proporcionar um canal de comunicação emocional entre a família e o paciente. As cartas desempenhavam um papel importante no apoio emocional, na expressão de afeto e no estabelecimento de uma ponte entre o paciente e seus entes queridos. Para que isso acontecesse era necessário um cuidado especial para garantir que as cartas fossem preservadas e entregues e guardadas de forma adequada, levando em consideração as mudanças de leitos e outros desafios logísticos enfrentados no ambiente hospitalar. (NP)

Todas essas medidas foram adotadas com o intuito de reduzir o sofrimento dos participantes nesse processo. Porém, é importante destacar que muitos pacientes permaneciam internados por longos períodos, dependendo de uma reabilitação que seguia o ritmo determinado pelo próprio corpo. Nessas circunstâncias, apesar de todas as medidas implementadas, a sensação de isolamento em relação ao mundo exterior era bastante presente, e surgiam desejos por coisas que passavam despercebidas no cotidiano, como sentir uma brisa fresca ao ar livre, pisar na grama, desfrutar um pouco de sol ou contemplar a chuva. Ou quando não surgia a demanda do próprio paciente era proposta pela equipe na aposta de que essas atividades pudessem reforçar os recursos emocionais do paciente, como podemos observar no relato abaixo:

Após o paciente testar negativo para COVID-19, a equipe de tratamento, com base em acordo de consenso em todo o departamento, decidiu reiniciar uma das atividades terapêuticas mais marcantes do programa HUCIMAR, que chamamos de "caminhadas curativas à beira-mar". O Hospital del Mar está localizado na costa de Barcelona, e o mar fica diretamente em frente à entrada do hospital. Além disso, como a UTI está localizada no térreo do hospital, é apenas uma curta caminhada até a beira-mar, apesar do inconveniente da cama de UTI de alto desempenho. Após Um período prolongado na UTI, a oportunidade de sair para o exterior é um ponto de virada

emocional/psicológica crucial para qualquer paciente, especialmente neste caso, em que o paciente ficou internado por quase 2 meses (50 dias). A oportunidade de passar algum tempo ao ar livre em um ambiente natural, como a orla marítima de Barcelona, que é um dos locais turísticos mais populares da cidade, em meio à pandemia, foi especialmente especial. Após quase 2 meses de fornecer atualizações frequentes sobre o estado do paciente à família por telefone, informamos a eles que íamos reiniciar o programa "caminhada à beira-mar" e que o primeiro passeio estava agendado. Quando o dia chegou, primeiro confirmamos, de acordo com nosso protocolo, que todos os materiais necessários estavam disponíveis (por exemplo, ventilador, tubulação, estojo de transferência com medicamentos, bolsa para máscara de via aérea, uma máscara e cilindro de oxigênio) e que a equipe de saúde (incluindo um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e um auxiliar) estava preparada. Encontramos a família na saída da UTI para iniciar a viagem de 2 minutos até a orla marítima. Seus sentimentos e emoções, a imensa satisfação da equipe e o olhar atento e emocionado dos pedestres próximos foram capturados em fotografias que se tornaram virais e foram exibidas em todos os principais meios de comunicação e redes sociais. Essas fotografias revelam e nos forçam a enfrentar a nova realidade: todos somos vulneráveis ao COVID-19 (Marin-Corral; Garcia-Sanz; Masclans, 2021, p. 490, tradução nossa).

Recordo-me que muitos profissionais, principalmente fisioterapeutas, durante as sessões de atendimento levavam os pacientes para fora do ambiente hospitalar, proporcionando um momento revigorante e amplamente apreciado pelos pacientes. Nos casos mais complexos, nos quais os pacientes ainda estavam dependentes de aparelhos, fazíamos todo o esforço para articular com a equipe multidisciplinar momentos como esses, ou até mesmo realizar as chamadas "visitas externas", nas quais as famílias eram orientadas a manter uma distância adequada, mas ainda assim podiam transmitir afeto ao paciente e vê-los pessoalmente. Esses encontros frequentemente contavam com cartazes, música e/ou orações. Embora não fosse uma tarefa simples de ser coordenada, pois exigia a disponibilidade simultânea de diversos profissionais durante o mesmo horário e plantão, o resultado era como um sopro de vida para todos os envolvidos, direta ou indiretamente.

No entanto, nem todos os pacientes tiveram a oportunidade de vivenciar esses momentos, principalmente devido ao elevado número de pacientes internados nos momentos mais críticos da pandemia, à ausência de algumas famílias e às restrições estabelecidas pelas normas vigentes. Somado a isso, para que essas dinâmicas acontecessem, comumente um assistente social, psicólogo ou membro dos cuidados paliativos estava a frente com a proposta. Por isso, é importante reconhecer os desafios logísticos e organizacionais envolvidos na implementação dessas atividades, considerando a complexidade da coordenação de equipes multidisciplinares em um ambiente hospitalar com um grande volume de pacientes e em contextos como a pandemia de Covid-19. Torna-se essencial pensar na própria arquitetura hospitalar de forma a permitir a adaptação ou planejamento de atividades que vão além das tecnologias médicas convencionais presentes nos hospitais. (NP)

Outras estratégias foram citadas e podem se tornar pistas essenciais para a manutenção, fortalecimento e até mesmo a implementação de práticas no cuidado em saúde. Dentre elas, destacam-se o respeito às singularidades dos sujeitos, como a garantia do uso do nome social, a celebração de aniversários de pacientes internados, e o processo educacional e psicoeducacional sobre as rotinas adotadas no hospital devido às limitações impostas pelo vírus da COVID-19. Essas ações visam melhorar a comunicação no ambiente hospitalar, permitindo que pacientes e familiares ampliem seu entendimento sobre a hospitalização, procedimentos e tratamentos, contribuindo para o fortalecimento da autonomia e o papel ativo no processo de tratamento e cuidado (Fernández-Martínez *et al.*, 2022; Miguel *et al.*, 2021; Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021).

Também foi ressaltada a importância do psicólogo hospitalar, cujas intervenções buscam atribuir novo significado a experiências de adoecimento, hospitalização, perdas reais ou imaginárias e lutos, abrangendo as diversas manifestações desses processos (Levorato *et al.*, 2020). Além disso, o psicólogo contribuiu para humanização e reforça a autonomia dos pacientes, evitando a despersonalização, que afeta a dignidade das pessoas hospitalizadas. Ele também atua como intermediário na relação entre os pacientes e a equipe de saúde, identificando suas principais necessidades de saúde mental e auxiliando diretamente ou indiretamente no processo de adaptação ao adoecimento, fortalecendo seus recursos de enfrentamento (Miguel *et al.*, 2021).

Por fim, os estudos apontam a importância de serviços de acompanhamento aos sobreviventes da COVID-19, principalmente aqueles que passaram pela UTI, levando em consideração os danos psicológicos causados pelo isolamento e pelo ambiente de cuidado alienante da COVID-19 (Bambi *et al.*, 2020). Além disso, foram citados grupos de apoio semanais que reúnem sobreviventes da COVID-19 e seus familiares, onde cada integrante pode compartilhar suas experiências para se ajudarem mutuamente na recuperação pós-COVID e pós-UTI (Rubin, 2021). Também se destaca a utilização de instrumentos de avaliação para medir a satisfação e a experiência de pacientes hospitalizados por COVID-19, bem como de seus familiares e profissionais de saúde. Essa abordagem tem o propósito de ser uma ferramenta de gestão estratégica para avaliar o cuidado oferecido durante a pandemia e identificar áreas que precisam ser aprimoradas e desafios a serem superados (Levorato *et al.*, 2020).

7.2.3 O legado dos cuidados finais: honrando a dignidade no final da vida

A pandemia de COVID-19 deixou uma marca indelével com milhares de mortes, muitas das quais ocorreram de forma solitária, o que teve um impacto emocional profundo nas famílias e nos profissionais de saúde que testemunharam essa realidade diariamente. Conforme as mortes se acumulavam, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de uma abordagem distinta para as situações de fim de vida. A busca por proporcionar uma morte digna, fizeram com que algumas instituições de saúde implementassem medidas durante a pandemia, visando melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesses momentos.

Como sociedade, não nos sentimos confortáveis com pessoas morrendo sozinhas. Há até mesmo uma organização nacional chamada "Ninguém Morre Sozinho" para garantir que os hospitais possam treinar voluntários para se sentar com pacientes que estariam sozinhos. Nosso próprio hospital possui um programa assim, mas não foi projetado para ser utilizado em uma pandemia (Greiner, 2021, p. 62, tradução nossa).

Dessa forma, no sentido de valorizar a importância do fim de vida, estudos destacaram a necessidade essencial de garantir uma comunicação empática, aberta e honesta, de modo que os pacientes pudessem ter acesso a informações claras sobre sua condição de saúde, prognóstico e opções de tratamento (Vasconcelos; Bussinger, 2021). Além disso, é recomendado o uso do protocolo SPIKES¹⁸ em situações em que o manejo de pacientes hospitalizados com COVID-19 pode ser desafiador devido a intervenções terapêuticas limitadas. O objetivo é reduzir o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde e incentivar uma comunicação clara e assertiva, envolvendo a família nas tomadas de decisões e fornecendo suporte emocional durante o período de internação (Vasconcelos; Bussinger, 2021).

A implementação dessas medidas por parte dos profissionais de saúde teve como objetivo contribuir para o fim de vida dos pacientes com maior conforto e dignidade. Isso

¹⁸ O acrônimo "SPIKES" representa os passos a serem seguidos durante a comunicação: S (Setting up): Preparação para a conversa, buscando um ambiente adequado e privado, e identificando as pessoas que participarão da conversa. P (Assessment of Perception): Avaliação da percepção do paciente em relação à sua condição de saúde, para entender o que o paciente já sabe sobre o diagnóstico ou tratamento. I (Invitation): Convite para o paciente expressar seus pensamentos e emoções, criando um espaço seguro para que ele possa compartilhar suas preocupações. K (Knowledge): Transmissão de informações de maneira clara e compreensível, evitando termos técnicos em excesso e garantindo que o paciente compreenda a situação. E (Emotions): Reconhecimento e validação das emoções do paciente e de seus familiares, demonstrando empatia e apoio emocional durante a conversa. S (Strategy and Summary): Desenvolvimento de um plano ou estratégia para o tratamento ou cuidados futuros, com a participação ativa do paciente e de seus familiares, além de resumir as informações discutidas durante a conversa (Cruz; Riera, 2016 *apud* Vasconcelos; Bussinger, 2021).

resultou na promoção de um ambiente de cuidado responsável e respeitoso, trazendo benefícios tanto para os pacientes como para seus familiares. Além disso, também teve impacto nos próprios profissionais de saúde, que enfrentaram desafios significativos ao lidar com a morte durante a pandemia. Essas práticas têm o potencial de aliviar o sofrimento emocional e promover um ambiente de cuidado mais humano e respeitoso, mesmo em situações desafiadoras como a pandemia da Covid-19.

Contudo, é relevante ressaltar que pacientes gravemente afetados pela Covid-19 frequentemente não se encontravam em condições conscientes para participar ativamente das decisões referentes ao fim de vida. Diante dessas circunstâncias, era comum e esperado que a família assumisse o papel de representante do paciente e se envolvesse nas decisões relacionadas ao término da vida, possibilitando, assim, a criação de oportunidades adequadas para as despedidas. A seguir, são apresentados exemplos ilustrativos dessas situações:

Íamos extubar o Sr. L. desligaríamos seus pressores, removeríamos o tubo respiratório e a equipe tinha certeza de que ele morreria rapidamente. [...] A família queria vê-lo. [...] Decidi estar no quarto durante a extubação para que a família pudesse "estar" lá também. [...] A família não queria ver o ato da extubação, então deixei a câmera virada para mim e descrevi o que a equipe estava fazendo. Quando eles terminaram, virei a câmera para o Sr. L. e me aproximei. Segurei o iPad sobre o rosto dele e sua família começou a falar. Eles falaram de seu imenso amor por ele, das coisas que ele lhes ensinou; falaram das vidas que levariam por causa dele. O garoto de seis anos pediu para ele acordar. Seus filhos o chamaram de "senhor" e prometeram cuidar de sua mãe. Sua esposa soluçava. Ela pediu desculpas profusamente por não estar no quarto. Ela agradeceu a ele por amá-la por todos esses anos. A conversa diminuiu junto com sua frequência cardíaca. Perguntei à família se ele tinha alguma música que gostava e foi quando todos riram e disseram que qualquer música do Heart serviria. E assim, após três músicas, a suave voz de Ann Wilson cantando "Alone" levou o Sr. L. para o Próximo Lugar. Sua família estava grata por ter tido a oportunidade. Agradeceram-me muito. Senti-me culpado por aceitar seus agradecimentos. Eu preferiria que eles estivessem aqui pessoalmente, pois sei que eles também desejavam desesperadamente. Senti que fizemos o certo pelo paciente nas circunstâncias; demos a ele a melhor despedida que pudemos e é isso que guardo comigo (Greiner, 2021, p. 64, tradução nossa).

O Sr. J foi internado devido a insuficiência respiratória hipóxica aguda causada pela COVID-19 e ficou intubado por semanas. Ele desenvolveu falência de múltiplos órgãos, necessitando de diálise e suporte pressórico. Comecei a construir um relacionamento com sua família no início de sua internação, para estabelecer uma base para uma discussão sobre cuidados no fim de vida, mantendo-os atualizados por telefone. Houve alguns desafios na comunicação com sua família. Eles falavam pouco inglês, e quando eu ligava usando um intérprete, eu sentia que sutilezas em minha mensagem às vezes se perdiam. Além disso, a família do Sr. J não podia visitá-lo e não podia testemunhar sua deterioração clínica com seus próprios olhos, o que significava que eles tinham dificuldade em entender a gravidade de sua doença. Apesar dessas barreiras, eu tentei atualizar sua família com frequência de maneira compassiva, mais honesta, e dei a eles tempo adequado para discutir entre si e fazer perguntas. Nossa equipe de cuidados paliativos forneceu apoio inestimável para a família do Sr. J enquanto eles se confrontavam com o fato de que ele estava morrendo. Quando eles estavam prontos para retirar o suporte, os outros membros da equipe

hospitalar e eu estávamos preparados para a despedida. Eu organizei uma chamada de vídeo final entre eles, uma chamada que expressava tanto a amargura da família por perder o Sr. J quanto o alívio de vê-lo em tranquilidade e paz em suas últimas horas. Sua família expressou sua gratidão por ter organizado a despedida, o que me fez sentir honrado por ter ajudado a trazer conforto e encerramento para eles (Choi, 2020, p. 1682, tradução nossa).

Um adendo aqui se faz necessário, assim como a família que estava envolvida nas decisões relacionadas às medidas de fim de vida colaborava com a equipe para encontrar uma forma de despedida adequada para a situação, muitas famílias, por motivos variados frente a insuportabilidade de perder alguém que se ama e que não devem ser julgados, optavam por todas as intervenções invasivas necessárias para salvar a vida do paciente a qualquer custo. Isso é exemplificado pelo caso a seguir:

A Sra. B. tinha 83 anos e estava com Covid. Ela estava em nossa UTI Covid e não era permitida nenhuma visita. Eu falava com sua filha diariamente. Eu oferecia várias vezes fazer uma visita virtual, mas sua filha insistia que não queria ver sua mãe assim. Em vez disso, usávamos a opção do interfone. Todos os dias, a filha me ligava e às vezes sua irmã estava com ela, algumas vezes seu pai estava com ela, e elas conversavam com a Sra. B. sem vê-la. Elas oscilavam entre encorajá-la: "Nós te amamos mamãe! Estamos rezando por você; você é tão forte; você vai conseguir!" e culpar: "Mamãe, você tem que lutar. Você tem que viver. Eu não consigo viver neste mundo sem você. Continue lutando, mamãe; não importa o que os médicos digam, você tem que viver!" Eu sempre me sentia desconfortável com a última opção - parecia injusto para a Sra. B. na cama. Ela continuava piorando. A equipe estava sofrendo angústia moral por tudo o que estavam fazendo PARA ela em vez de POR ela. A família insistia que tudo deveria ser feito. Um dia, eu quase implorei para a filha fazer a visita virtual pelo WebEx. Eu pensei que, com certeza, se ela pudesse ver sua mãe - se pudesse ver como ela estava inchada, como sua pele estava chorando - se pudesse ver a quantidade de bolsas penduradas, a máquina de diálise, o ventilador e o cobertor de resfriamento e, e, e... mas a filha ainda se recusou. Eventualmente, dolorosamente, a família concordou com um pedido de não ressuscitação (DNR). Essa pobre mulher tinha sofrido várias paradas cardíacas e seu pulso continuava voltando, repetidamente.

No dia seguinte, ela me mandou uma mensagem dizendo que a melhor amiga de sua mãe ligaria para falar pelo interfone com a Sra. B. Concordamos e marcamos um horário. G. era a melhor amiga da Sra. B; elas se conheceram quando tinham seis meses de idade. Elas foram inseparáveis desde então - 82 anos e 9 meses, ela me disse. Elas estiveram nos casamentos uma da outra, nos nascimentos de seus filhos e nos funerais de seus pais. Ainda moravam na mesma cidadezinha onde nasceram. "Eu a amo como ninguém mais na minha vida", disse G. "Como irmãs que compartilham um coração, mas não o sangue." Depois de compartilhar mais algumas histórias de seus dias mais jovens e das travessuras em que se metiam, coloquei o alto-falante no receptor do interfone e disse a ela que estava falando com a Sra. B. "Ei, E? Aqui é a G. Querida, vá em frente e siga em frente. Está tudo bem aqui. Vou cuidar dos seus bebês. Jesus está esperando por você. Vá em frente e nos veremos em breve. Eu te amo." Depois que desligamos, voltei em direção ao quarto da Sra. B, onde uma pequena multidão estava se reunindo. Seu coração tinha parado. No tempo que levei para percorrer os trinta metros da estação de enfermagem até o quarto dela, ela morreu. Sua melhor amiga disse a ela que estava tudo bem ir e ela foi. G. a amava tanto assim. Meus olhos encheram de lágrimas e a equipe achou que eu estava chorando porque a Sra. B tinha morrido. Mas eu contei a eles o que acabara de

acontecer e todos ficamos ali, lágrimas transbordando e escorrendo em nossas máscaras. Choramos lágrimas de alegria pela Sra. B, que finalmente estava livre da Covid-19 e de tudo o que ela trouxe consigo. Choramos porque estávamos livres de torturá-la. Choramos porque seus filhos estavam livres da montanha-russa da UTI e das decisões. Choramos e nossas máscaras ficaram molhadas. Choramos e um pouco do peso daquele caso foi aliviado (Greiner, 2021, p. 65, tradução nossa).

O exemplo mencionado ilustra o profundo sofrimento enfrentado pela família ao lidar com o risco iminente de morte da Sra. B. *Em minha experiência profissional, recordo-me de um caso semelhante, embora com uma diferença significativa. Nesse caso, a equipe de saúde desempenhou o papel de agente determinado a investir todos os esforços possíveis, mesmo que isso possa ter prolongado o sofrimento de um paciente de 96 anos. A equipe sentia que não agir dessa forma seria um desinvestimento, o que influenciou diretamente a abordagem adotada focada na cura. (NP)*

Não se pode negar que o enfoque predominante nos cuidados de saúde aos pacientes com covid-19, sobretudo no início da pandemia, era a busca pela cura, destacando o aspecto biomédico da assistência que se diferencia de uma potente abordagem multidisciplinar de grande relevância durante a pandemia de Covid-19 e que poderia ter sido fundamental em casos como o da Sra. B. Trata-se dos cuidados paliativos, que teve aumento significativo no número de pacientes afetados pela doença e que receberam acompanhamento da equipe especializada nessa área. Os cuidados paliativos têm como objetivo principal proporcionar alívio dos sintomas, controle da dor, suporte emocional e melhoria da qualidade de vida dos pacientes, especialmente quando a cura não é possível (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

Nesse contexto pandêmico, a equipe de cuidados paliativos desempenhou um papel crucial ao oferecer suporte e assistência integral aos pacientes, bem como às suas famílias. Essa abordagem multidisciplinar envolve profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que trabalham em conjunto para garantir o bem-estar global do paciente, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, sociais e espirituais. A implementação efetiva dos cuidados paliativos durante a pandemia pode ter tido um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, no suporte oferecido às suas famílias e no auxílio aos profissionais da linha de frente que estavam lidando com situações críticas sem precedentes e por vezes norteadas pelo modelo biomédico (Figueiredo *et al.*, 2021).

Nessa pandemia a gente teve um papel muito importante, acompanhando esses pacientes e trazendo sugestões a equipe, principalmente porque muitas das equipes era perfil de UTI, então pessoas que muitas vezes tem uma visão bem diferente do cuidado paliativo, aquelas equipes com visão medicalocêntrica, curativista, centrada

no tratamento em si, focada na cura, então eles eram mais resistentes a entender isso, que o paciente tem limite, que as condutas, em determinado ponto, podem ser distanásia (E1). Dessa forma, percebeu-se o papel de sensibilização da equipe assistente, no sentido de orientar acerca da importância de um outro olhar, além do enfoque terapêutico e obstinado na cura, conforme a fala a seguir: Então, a equipe de cuidado paliativo foi um apoio, um pilar dentro dessa pandemia para tornar esse olhar desses profissionais intensivistas mais sensível, mais próximo, lembrando que por trás daquele paciente grave tem uma família, têm pessoas. Porque muitas vezes com a alta demanda de trabalho essas equipes esqueceram disso, eram tantas rotinas, tantas restrições que acabavam que passava despercebido essa sensibilidade. Então, a equipe de cuidado paliativo sempre vinha para tentar dar um alerta para essa situação (E1) (Figueiredo et al., 2022, p. 1169, tradução nossa).

Para fornecer cuidados paliativos adequados, é crucial focar no alívio do sofrimento e na melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes. Isso implica em controlar a dor e outros sintomas, bem como oferecer suporte emocional e espiritual. No entanto, a importância de mitigar a dor e o sofrimento não se limita apenas a fornecer cuidados empáticos, mas também a colaborar no processo de tomada de decisões que reflitam os valores e a identidade de cada paciente. Esse compromisso contribui para a humanização das práticas médicas, promovendo uma redefinição dos cuidados (Schenker, 2022 *apud* Santos; Rigo; Almeida, 2023)

Nos casos em que o paciente não consegue expressá-los, é essencial envolver os familiares para compreender quais seriam os possíveis desejos do paciente. Isso pode ser baseado em informações prévias fornecidas pelo próprio paciente, como testamentos vitais e diretivas antecipadas de vontade, ou na compreensão dos familiares sobre as preferências do paciente. Além disso, é importante fornecer suporte emocional contínuo aos pacientes e suas famílias, reconhecendo o impacto psicológico e social do processo de enfrentamento da morte. Isso pode ser feito por meio de serviços de aconselhamento, terapia de luto, grupos de apoio ou assistência espiritual (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

Nesse sentido, os Cuidados Paliativos se revelam uma importante abordagem, principalmente em contextos como o da pandemia da covid-19. A própria OMS ressaltou em uma de suas notas que os cuidados paliativos são considerados um direito humano e um imperativo moral em todos os sistemas de saúde e que a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais a importância desses cuidados para aliviar o sofrimento em situações de fim de vida, enfatizando a necessidade de que todos os profissionais de saúde possuam algum nível de formação nesse campo (OPAS/OMS, 2021).

Do mesmo modo, tem-se verificado a necessidade de alargar a formação em cuidados paliativos ao maior número possível de profissionais de saúde. A partir da especialidade multidisciplinar de medicina paliativa, fica-se mais bem preparado para enfrentar situações trágicas como as vivenciadas, principalmente os referentes ao processo de morrer, acompanhamento do paciente e sua família, controle

multidimensional da dor, cuidar dos trabalhadores de saúde e dos próprios cuidadores para evitar o esgotamento. O contato direto com a morte vários pacientes requerem uma certa vantagem de preparação e apoio que os paliativos oferecem de forma eficaz (Sánchez, 2020, p. 219, tradução nossa).

A OMS também alertou sobre a insuficiente em relação à demanda existente em todo o mundo. Apenas uma em cada 10 pessoas que necessitam desses cuidados está recebendo o serviço adequado e a necessidade desses cuidados tendem a aumentar à medida que a população envelhece e a carga de doenças crônicas não transmissíveis se intensifica, sendo previsto quase o dobro da demanda até 2060, tornando-se imperativo a tomada de ação para ampliar o acesso a serviços de cuidados paliativos (OPAS/OMS, 2021).

De fato, a implementação dos cuidados paliativos no Brasil tem sido gradual e limitada, sendo introduzida apenas no final da década de 1990 e com uma cobertura restrita no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A aplicação dos cuidados paliativos enfrenta desafios significativos, como a prevalência da medicina curativa e o foco no prolongamento da vida sem considerar adequadamente a qualidade de vida do paciente. Isso gera resistência em discutir a finitude humana, tanto por parte dos médicos quanto dos próprios pacientes. Conseqüentemente, os pacientes com doenças avançadas ou ameaçadoras da vida relutam em abordar questões relacionadas ao prognóstico ou ao planejamento antecipado de cuidados, enquanto os médicos correm o risco de não identificar adequadamente o sofrimento e não compreender as necessidades e preferências do paciente de forma abrangente (Santos; Rigo; Almeida, 2023).

Dessa forma, apesar da implementação de equipes de cuidados paliativos em hospitais apresentarem desafios significativos e requerer um esforço conjunto para serem superados, é essencial ultrapassar essas dificuldades, pois as equipes de cuidados paliativos desempenham e desempenharão um papel crucial no enfrentamento de adversidades futuras, incluindo possíveis crises pandêmicas. Nesse sentido, é importante destacar a conexão inquestionável entre a humanização do cuidado em saúde e os cuidados paliativos.

A humanização dos cuidados é a base fundamental dos cuidados paliativos, estabelecendo uma relação de reciprocidade. Como afirmado por Ligia Py e Claudia Burlá, "A base dos cuidados paliativos é a humanização, em via de mão dupla" (Skaba, 2005, p. 782). Essa afirmação ressalta a interdependência entre a humanização e os cuidados paliativos, enfatizando que ambos são componentes essenciais no atendimento de pacientes com doenças avançadas e terminais. Ao adotar a perspectiva dos cuidados paliativos, os profissionais de

saúde são convocados a considerar não apenas os aspectos físicos do paciente, mas também suas necessidades emocionais, sociais e espirituais. Isso implica em uma abordagem holística, que reconhece a complexidade da experiência humana diante da doença avançada e do sofrimento. A conexão mútua entre esses dois aspectos ressalta a necessidade de abordagens integradas e abrangentes que considerem tanto a dimensão técnica quanto a dimensão humanística no cuidado em saúde (Skaba, 2005).

Após o estabelecimento de fluxo, o aceite e apoio da gestão, a equipe de cuidados paliativos foi implementada e desempenhou um papel crucial na instituição. Com a redução dos casos de COVID-19, a equipe iniciou uma busca ativa para identificar os pacientes que se beneficiariam do acompanhamento dos cuidados paliativos. Nesse processo, foram realizadas conferências familiares, tanto presenciais, adotando as devidas precauções de distanciamento e uso de máscaras, quanto virtuais. Nessas conferências, uma equipe multidisciplinar participava, visando obter um melhor entendimento da família, suas perspectivas, a história de vida do paciente e seus desejos. Foi notável a potência dessas conferências na aproximação da família, proporcionando-lhes uma sensação de cuidado, atenção e escuta. O reconhecimento dos nomes e rostos dos cuidadores diretos da pessoa amada trouxe mais segurança e confiança da família na instituição, na equipe e nas diretrizes de tratamento estabelecidas. Trabalhando em conjunto, foram definidas diversas questões para garantir a dignidade do paciente e evitar qualquer forma de sofrimento desnecessário que não estivesse alinhado com seus desejos. Além disso, com o início da vacinação, foi possível permitir a entrada de um ou dois membros familiares para a despedida junto ao leito do paciente. Antes da entrada no hospital, esses familiares passavam por uma preparação, sendo devidamente paramentados, e eram acompanhados durante a visita. Para os familiares que não podiam entrar, oferecíamos a opção de chamadas de vídeo, caso fosse solicitado e acordado entre a família. Após o término da visita presencial, oferecíamos um acolhimento aos familiares, proporcionando um espaço onde pudessem expressar seus sentimentos, angústias, medos, alívio e outras emoções que pudessem surgir. Esse trabalho conjunto proporcionava um conforto fundamental a todos os envolvidos, inclusive para nós, que nos encontrávamos sobrecarregados e culpados ao enfrentar exaustivamente o sofrimento de tantas mortes de forma solitária. Contudo, como mencionado anteriormente, algumas equipes, por diversos motivos já elencados, não acionavam a equipe de cuidados paliativos, investindo a todo custo nas técnicas e tecnologias existentes com foco na cura. Nesses casos, muitos pacientes acabaram passando por diversas intervenções invasivas que apenas prolongavam o sofrimento

do paciente e dos familiares, mesmo que a equipe não conseguisse enxergar dessa forma. ^(NP)

É evidente que, além dos obstáculos surgidos devido à pandemia em si, que afetaram a atuação das equipes de cuidados paliativos, como a necessidade de realocar esses profissionais em outras áreas para atenderem às demandas emergenciais, as intervenções realizadas por essas equipes causavam inquietações entre os demais profissionais de saúde (Sánchez, 2020).

Outro ponto importante dessas equipes foi destacado pelos estudos, em que havia uma flexibilidade da instituição em permitir a entrada de familiares no contexto de despedida ao paciente que estava em cuidados paliativos, visando garantir a dignidade no fim da vida do paciente e a oportunidade de despedida para os familiares (Figueiredo *et al.*, 2021).

O desafio ético é considerar a questão da dignidade no adeus à vida, para além da dimensão físico-biológica e para além do contexto médico-hospitalar, ampliando o horizonte e integrando a dimensão sociorrelacional. Não somos doentes nem vítimas da morte. É saudável sermos peregrinos. Não podemos passivamente aceitar que a morte é consequência do descaso pela vida, causado por exclusão, violência, acidentes e pobreza. Diante desse contexto é necessário que cultivemos uma santa indignação ética e um compromisso ético de transformação da realidade. Nasce uma sabedoria a partir da reflexão, da aceitação e do compromisso com o cuidado humano da vida no adeus final. Entre dois limites opostos: de um lado a convicção profunda de não matar, de outro a visão de não prolongar a agonia, o sofrimento e a morte. Ao não matar e ao não prolongar, tem-se o amarás. [...] Como fomos ajudados a nascer precisamos ser também ajudados a morrer, e isto fundamentalmente significa sermos solidários, com nossa competência e nossa sensibilidade incondicional (Pessini; Bertachini, 2004, p. 12).

Em síntese, é fundamental considerar a dignidade no processo de despedida da vida em qualquer contexto, buscando promover a transformação e cultivando uma ética que priorize o cuidado humano e a solidariedade. Nesse sentido, é importante acolher a sabedoria que surge a partir da reflexão, da aceitação e do compromisso com a vida em seu momento final. As pesquisas indicaram a necessidade desse engajamento no fim da vida, seja por meio de despedidas virtuais, envio de cartas de condolências aos familiares, visitas presenciais mesmo que restritas a um número determinado de pessoas ou oferecendo suporte familiar no enfrentamento do luto.

Por fim, outro ponto a ser considerado e repensado nessa perspectiva da dignidade do fim da vida, mas pouco discutido na literatura é a importância do processo de encerramento dos cuidados fornecidos pela instituição. Em muitos casos, as famílias estabeleciam laços com a equipe de saúde e até mesmo com o pessoal do call center, responsável por transmitir boletins escritos pelos médicos aos familiares. Essa conexão era crucial, pois proporcionava uma sensação de acolhimento e pertencimento ao processo de cuidado. As vezes tratava-se de meses de comunicação entre a família e a equipe. Contudo, com as mudanças nos protocolos da

instituição, o momento do óbito passou a ser comunicado pelo médico por telefone. Posteriormente, a equipe de serviço social ficou encarregada de entregar a declaração de óbito e fornecer orientações relacionadas aos trâmites funerários. Embora a retirada do médico do ambiente hospitalar acarrete na desparamentação e perdas de equipamentos de proteção que precisam ser descartados ao sair do hospital, bem como a ausência temporária de um membro da equipe diante de um cenário caótico e com muitos pacientes necessitando de ressuscitação, é fundamental ponderar sobre a perspectiva das famílias. Considerando tudo o que já foi retirado das famílias e pacientes durante a pandemia, surge uma questão pertinente: não seria justo, humano e cuidadoso que o médico que acompanhou os últimos momentos de um paciente tão amado estivesse presente, frente a frente, para prestar condolências e responder a possíveis dúvidas que possam surgir nesse momento delicado? Uma abordagem mais empática e próxima nesse momento final poderia oferecer um amparo emocional necessário para aqueles que enfrentaram a perda de um ente querido, reforçando o aspecto humano do cuidado médico. Por vezes, os familiares questionavam ansiosamente a hora em que o médico viria para falar com eles. A expressão facial, ao perceberem que tal encontro não aconteceria, revelava uma sensação de que o ente falecido se tornou apenas mais um número, uma estatística. Diante da dor avassaladora da perda, tal fato poderia parecer insignificante, mas, conforme relatavam, iniciava-se um outro luto, pois era justamente o contato diário com a equipe que os conectava à vida e à existência do ente internado, oferecendo-lhes um último fio de esperança e humanidade durante o período de internação. (NP)

7.2.4 Além das máscaras: reconhecendo o cuidador

No cenário da pandemia, os profissionais de saúde ganharam destaque devido ao papel fundamental que desempenharam na assistência à saúde da população e na manutenção da rede de atendimento, mesmo enfrentando seus próprios medos e incertezas. Diante disso, gestores e trabalhadores se depararam com desafios ao estabelecer medidas de prevenção, controle e contenção dos riscos, danos e agravos à saúde pública, em uma realidade tão adversa e atípica.

O trabalho na área da saúde passou por mudanças abruptas, exigindo uma reorganização sistemática da rede de atendimento, dos processos de trabalho, da ciência e das relações envolvidas no cuidado à saúde, especialmente durante a pandemia. Essas mudanças coincidiram com questões estruturais, como fragilidade das ações de saúde do trabalhador, condições inadequadas de trabalho, processos fragmentados, dificuldades no planejamento da força de

trabalho, hierarquização nas relações interpessoais, além de múltiplos vínculos e jornadas de trabalho, contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores e a fragilização do ambiente de trabalho na área da saúde (Ramos *et al.*, 2021).

Diante dessa realidade, alguns estudos destinaram o olhar para esses profissionais e descreveram medidas adotadas para o cuidado físico e emocional, valorização e alternativas para intensificar as medidas de proteção e prevenção da COVID-19 entre os trabalhadores da saúde.

Um dos estudos, realizado no Brasil no estado da Bahia, descreveu o plano de contingência elaborado com o objetivo de propor estratégias e ações para prevenir riscos e proteger a saúde dos profissionais de saúde durante a pandemia. Destacou-se o papel atuante da rede estadual de humanização no enfrentamento à pandemia, fortalecendo as práticas humanizadas de cuidado tanto para os trabalhadores da saúde quanto para os usuários das unidades de saúde do estado (Ramos *et al.*, 2021).

Essas estratégias contemplaram a realização de sessões de educação permanente e reuniões virtuais com os apoiadores de humanização para refletir e reorientar as práticas de trabalho durante a pandemia. Foram feitos treinamentos para promoção e uso seguro dos Equipamentos de Proteção Individual, assim como atualizações nas informações sobre a transmissão da COVID-19. Foram implementadas ações de acolhimento e cuidado, incluindo rodas de conversa, acolhimento psicológico, práticas de autocuidado e ações de acolhimento para receber os trabalhadores no retorno ao trabalho após a recuperação da COVID-19, buscando minimizar o estigma gerado pelo contágio; além das ações de articulação do serviço com a comunidade para reconhecimento e valorização desses trabalhadores (Ramos *et al.*, 2021).

Dessa forma, tais estratégias evidenciam movimentos em direção aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, buscando tornar o atendimento à saúde mais participativo e transparente, de maneira a valorizar os profissionais envolvidos no cuidado. Proporcionar e realizar oportunidades que garantam o diálogo e a análise das razões do sofrimento e do adoecimento, bem como o fortalecimento do grupo de trabalhadores facilita a definição de acordos sobre como agir no contexto dos serviços de saúde. Garantir a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão também é de extrema importância para promover a humanização e o bem-estar no ambiente de trabalho (Brasil; Ministério Da Saúde, 2013).

Nesse sentido, o suporte emocional e a valorização dos profissionais de saúde são parte integrante da humanização. Ao oferecer apoio emocional, como rodas de conversa e acompanhamento psicológico, os trabalhadores se sentem reconhecidos em suas dificuldades e demandas emocionais. Isso ajuda a reduzir o estresse e a ansiedade, melhorando o bem-estar dos profissionais, o que, por sua vez, tem um impacto significativo na qualidade do atendimento prestado. Além disso, o cuidado humanizado não se restringe apenas aos pacientes, mas também inclui as ações voltadas para valorizar o trabalho dos profissionais e promover um ambiente de trabalho saudável. Iniciativas como o investimento na saúde do trabalhador, a oferta de condições adequadas de trabalho, o reconhecimento do esforço dos profissionais e a celebração de suas conquistas são práticas que contribuem para a valorização e motivação dos trabalhadores. De forma que os estudos destacaram a importância de respeitar os horários e dias de descanso para garantir momentos de renovação e proteção do tempo junto à família. Além disso, fatores como liderança ativa, apoio da gestão e protocolos bem definidos foram apontados como elementos cruciais para cuidar da saúde mental da equipe de profissionais da saúde (Noya *et al.*, 2021).

O suporte psicológico aos profissionais de saúde desempenha um papel fundamental na compreensão da situação vivenciada e na elaboração de estratégias para lidar com questões emocionais. Através desse suporte, é possível auxiliar os profissionais a enfrentarem suas condições psíquicas, promovendo a organização do pensamento e reflexões sobre possíveis soluções para as queixas existentes. Isso resulta em uma maior conscientização em relação aos sintomas, fortalecendo sua capacidade de escolha e abrindo caminho para um cenário menos doloroso e mais criativo. Além de compreender a importância do suporte emocional pessoal para os profissionais, também se reconhece a relevância deles manterem-se emocionalmente saudáveis para oferecer um cuidado humanizado e de qualidade aos usuários e à rede de apoio (Levorato *et al.*, 2020).

Outro aspecto relevante apontado foi em relação a formação dos profissionais de saúde. Isso implica em não apenas fornecer conhecimentos técnicos, mas também capacitar os profissionais para lidarem com os desafios emocionais e sociais do trabalho na área da saúde, incluindo contextos de emergências, como epidemias. Ressaltam ainda a importância de as universidades analisarem as grades curriculares das carreiras da saúde para proporcionar aos alunos uma formação integral, que inclua cuidados humanizados, sobretudo em crises como a da pandemia de covid-19. Sendo o desenvolvimento de habilidades de comunicação, empatia e

trabalho em equipe essencial para promover um cuidado humanizado e eficaz (Subhani; Wijayaratne; Jayasinghe, 2021b).

A importância da qualidade na formação, capacitação e treinamento desses profissionais, ficou evidente diante das mudanças bruscas na rotina de trabalho, com o aumento no contato a casos difíceis envolvendo dor, sofrimento e morte e as alocações de profissionais sem experiência prévia para dar conta das demandas impostas pela pandemia. Um dos treinamentos indicados pelos estudos contemplam em grande medida aqueles que envolvem habilidades de comunicação com pacientes e familiares, especialmente na transmissão dos boletins onde são informados o estado de saúde do paciente e retirada as dúvidas dos familiares. Isso porque o contexto da pandemia gerou grandes tensões e incertezas entre familiares, especialmente pelas visitas suspensas, onde os familiares não conseguiam acompanhar a luta diária do paciente e as intervenções de forma concreta. Foi mencionado por exemplo a criação de programas que oferecessem suporte a esses profissionais na comunicação dos boletins médicos de forma que, ao oferecer apoio e treinamento em comunicação, a equipe poderia desmistificar procedimentos, esclarecer dúvidas e estabelecer uma relação de confiança com familiares (Larramendy; Rucci, 2021).

É inegável que muitos desencontros e falhas de comunicação ocorriam durante a passagem dos boletins médicos aos familiares. Por vezes, a sobrecarga dos profissionais ou a naturalidade de termos técnicos para quem é da área resultava em transmissões técnicas e pouco esclarecedoras, gerando mais dúvidas e angústias nos familiares. Além disso, alguns boletins eram comunicados de forma extremamente sucinta, sem espaço para dúvidas ou para a tão necessária escuta, resultando em queixas frequentes de "frieza" por parte dos médicos. Esses problemas, entretanto, faziam parte de um conjunto complexo e sucessivo de variáveis dentro do processo. O esgotamento profissional e a sobrecarga de responsabilidades em um curto espaço de tempo eram fatores que contribuíam para essas dificuldades de comunicação. Ademais, a falta de preparo ou a dificuldade em dar más notícias também geravam frustrações tanto para os profissionais quanto para as famílias. A utilização do telefone como meio de comunicação potencializava ainda mais os erros de interpretação e aumentava a sensação de afastamento e frieza relatada pelos familiares, especialmente quando a notícia se referia ao óbito de um ente querido. O distanciamento causado por essa forma de comunicação contribuía para a sensação de que a perda de um ente amado era tratada de forma impessoal e fria. O cuidado com as palavras, a disponibilidade para ouvir as angústias dos familiares e o respeito à sua dor são elementos essenciais para proporcionar um atendimento mais humanizado e

acolhedor durante todo o processo de cuidado. Ao aprofundar-se na compreensão dessas questões, é possível buscar soluções e melhorias que promovam uma comunicação mais efetiva e compassiva entre os profissionais de saúde e as famílias, contribuindo para uma experiência não traumática e confortante em meio a situações tão difíceis e sensíveis. (NP)

Daí a importância do suporte e acompanhamento emocional aos profissionais de saúde reconhecendo que lidar com situações complexas e emocionalmente desafiadoras pode levar à exaustão psicológica desses trabalhadores. Nesse sentido, algumas pesquisas recomendavam que profissionais que estejam psicologicamente exaustos sejam afastados das tarefas de comunicação de más notícias aos familiares, visando preservar a saúde mental desses profissionais e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias (Mistraletti et al., 2020 *apud* Fernández-Martínez et al., 2022).

8 CONCLUSÃO

No contexto de uma sociedade em constante divisão, marcada por uma cultura do individualismo e do consumismo, surgem questionamentos sobre como isso tem contribuído para a indiferença diante de calamidades que afetam a humanidade, especialmente grupos vulneráveis.

A teoria da modernidade líquida proposta por Bauman (2007) nos convida a refletir sobre a instabilidade e falta de solidez nas estruturas sociais e relacionamentos humanos, podendo ter um profundo impacto na forma como o cuidado é fornecido e recebido. A instabilidade nas políticas de saúde e a escassez de recursos podem levar à precariedade do cuidado, prejudicando a qualidade do atendimento. Além disso, o enfoque excessivo na medicina tecnológica pode desumanizar o cuidado, colocando em segundo plano a dimensão subjetiva e emocional do paciente.

A sociedade líquida também promove o individualismo e o autocuidado, enfatizando soluções rápidas para problemas complexos que envolvem a saúde. Embora o autocuidado seja importante, pode haver uma falta de valorização do cuidado coletivo e da solidariedade na promoção da saúde. Além disso, a fluidez dessa sociedade pode dificultar a gestão de sistemas de saúde, tornando desafiador o planejamento de longo prazo e a implementação de políticas sustentáveis.

Quando a pandemia de COVID-19 se instalou e colapsou os sistemas de saúde em nível mundial, os desafios existentes foram amplificados, colocando à prova os esforços para humanizar o cuidado e promover a autonomia dos indivíduos. A corresponsabilidade na produção de saúde, a construção de vínculos solidários e a participação coletiva na gestão tornaram-se cruciais para fortalecer a humanização do cuidado.

Dessa forma, este estudo, que pretendeu identificar os impactos nas interações hospitalares por COVID-19 e suas implicações na humanização do cuidado em saúde, reuniu pesquisas detalhando o cenário catastrófico causado pela pandemia. Esses estudos, apesar das diferenças culturais e de sistema de saúde, compartilhavam angústias, preocupações e movimentos em busca de mitigar os danos.

Quanto aos impactos, os profissionais de saúde enfrentaram inúmeras dificuldades durante a pandemia, como sobrecarga nos serviços de saúde, falta de equipamentos de proteção individual adequados, medo de contaminação e exaustão física e emocional. A comunicação com pacientes e familiares também foi prejudicada pelo uso de EPIs, afetando o acolhimento e

o vínculo essenciais para um cuidado humanizado. Além disso, a educação permanente dos profissionais de saúde foi afetada pela necessidade de rápida adaptação a um cenário complexo e em constante mudança.

O contexto trazido pela pandemia destacou a necessidade de repensar a relação entre ciência, tecnologia e humanização, buscando superar as barreiras impostas pelos EPIs e restrições de visitas para garantir o suporte emocional e a dignidade no cuidado. Tornando-se essencial promover um cuidado integral, considerando os aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais dos pacientes.

Os pacientes, isolados e distantes de seus entes queridos, enfrentaram uma perda de autonomia e o medo da morte solitária, agravando seu sofrimento emocional. A restrição de visitas e acompanhantes nos hospitais impactou a comunicação, o suporte emocional e a recuperação dos pacientes. Além disso, as medidas isolamento limitaram a participação e a voz dos pacientes e familiares nas decisões relacionadas ao cuidado, afetando a corresponsabilidade e a gestão coletiva.

Além dessas consequências, foi observada a desumanização, que trata a existência como uma simples estatística, nega o progresso da ciência, propaga inverdades, confusão e intolerância, levando a perdas humanas (Scorsolini-Comin, 2022).

No que diz respeito às estratégias para amenizar os danos causados pela pandemia, constatou-se que a humanização adotou diversas formas, algumas das quais eram até desconhecidas para profissionais, mesmo entre os mais experientes. Dentre essas abordagens, destacaram-se a possibilidade de utilizar telefonemas, chamadas de vídeo, compartilhamento de áudios, redação de poemas, cartas ou bilhetes de agradecimento, tudo mediado por profissionais dedicados a fornecer uma assistência humanizada na busca de aproximar os familiares dos entes que estavam internados e isolados (Scorsolini-Comin, 2022).

Assegurar a dignidade e o respeito aos pacientes valorizando suas preocupações, permitindo que participem nas decisões relacionadas ao tratamento e garantindo que suas escolhas sejam respeitadas, foram motores para adaptações e intervenções criativas propostas por alguns profissionais e instituições de saúde.

Além disso, a valorização do profissional de saúde e o suporte psicológico foram apontados como pontos de atenção que não devem ser negligenciados, pois estes desempenham um papel crucial durante uma crise sanitária, tornando-se imprescindível valorizar e apoiar esses profissionais, fornecendo-lhes as condições adequadas de trabalho, treinamento e suporte psicológico.

Ao questionar os impactos da pandemia na humanização do cuidado, é possível identificar vulnerabilidades no sistema de saúde e na forma como o cuidado é prestado, possibilitando tomar medidas para fortalecer o sistema e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, evitando mais retrocessos nas políticas e práticas de cuidado. Refletir sobre esses impactos é fundamental para aprender com as experiências vividas, fortalecer práticas eficientes e garantir o bem-estar e a dignidade de todos os envolvidos no processo, contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde no combate a crises futuras.

Uma crise exige adaptação e busca por soluções inovadoras para garantir a humanização do cuidado. O uso adequado da tecnologia, a criação de espaços de acolhimento e a flexibilização de protocolos podem ser algumas das estratégias a serem consideradas. Assim como, a colaboração e coordenação entre os diferentes setores do sistema de saúde e outras instituições são essenciais para fornecer uma resposta efetiva e humanizada durante uma crise sanitária. Além disso, garantir que todas as pessoas, independentemente de sua condição social, econômica ou cultural, tenham acesso igualitário a serviços de saúde e tratamento adequado é uma parte fundamental do Sistema Único de Saúde reforçado pela humanização em qualquer cenário, especialmente durante uma crise sanitária.

Em resumo, pensar a humanização da saúde em uma crise sanitária requer uma abordagem abrangente que valorize a dignidade, a valorização, participação e o bem-estar de todos os envolvidos. Essa perspectiva humanizada deve nortear todas as ações tomadas para enfrentar a crise e promover a resiliência e o cuidado integral durante e após a situação emergencial.

É importante ressaltar que alguns pontos não foram identificados ou aprofundados na literatura, o que pode ser resultado das diferenças culturais e das distintas abordagens de saúde e humanização do cuidado em cada país e região, levando em conta aspectos políticos, econômicos e sociais. No contexto do Brasil existem questões que merecem ser exploradas relacionada a temática haja vista o Sistema Único de Saúde ter como uma de suas Políticas a Humanização.

Além disso, a presente revisão apresenta suas próprias limitações, uma vez que publicações que compartilham da busca pela democratização da saúde, pela qualidade do cuidado e valorização dos envolvidos no processo, podem não ter sido abrangidas pelas buscas realizadas, possivelmente devido aos termos ou conceitos que são utilizados em cada país no que diz respeito ao que chamamos de humanização (descriptor utilizados nas buscas), o que torna relevante explorar essa temática de forma mais ampla.

Outro ponto a ser considerado é a necessidade de estudos focados nos impactos e nas adaptações das instituições hospitalares diante das internações de pacientes não relacionadas à covid-19. Afinal, todas as instituições de saúde tiveram mudanças em seus protocolos e mesmo os pacientes que não estavam com a covid-19 e sua família foram afetados significativamente.

Abordagens mais abrangentes são necessárias para aprofundar essa questão, envolvendo metodologias complementares que ampliem nossa compreensão das implicações na humanização durante a pandemia de covid-19 e o que pode ser feito para o enfrentamento de cenários semelhantes. Principalmente em momentos de crise, como a pandemia de Covid-19, somos chamados a exercitar a desnaturalização de práticas tradicionais e rotineiras, identificando fragilidades e limitações nas abordagens convencionais e no próprio contexto (Souza; Moreira, 2008). Essa é uma prática já convocada e impulsionada pela Política Nacional de Humanização (PNH).

Apesar de óbvio, não se pode deixar de destacar que somente com o fortalecimento do sistema público de saúde, este e somente este, é que todos esses elementos acima destacados ganham forma suficiente para chamar a atenção e entrar no debate público. Destaca-se aqui que somente o sistema público de saúde é capaz de potencializar o que se entende devidamente por saúde, pois se insere, molda e cristaliza essa frágil teia que sustenta a sociedade na forma de cuidado. A rememoração dos eventos que vivi durante a pandemia, seu estudo e reflexão para escrever o presente trabalho me lembram o poema “Cavalo doente” de Du Fu (712-770) (Portugal; Tan, 2012), poeta chinês da dinastia Tang. Aí, o poeta chora por um cavalo, que por toda a vida, trabalhou duramente ao seu lado e agora está velho e doente, vivendo o crepúsculo de seus dias. Em outro poema Du Fu refere-se a si mesmo como “velho cavalo” (Portugal; Tan, 2012). Numa espécie de rito de agradecimento enternecido, Du Fu manifesta carinho e compaixão, nos deixando o cuidado que atravessa os séculos sem fim.

REFERÊNCIAS

- ANDRÉS, F.-A. "Mudança de perspectiva em tempos de COVID 19 para melhorar a atenção humanizada na saúde", **Cuadernos Hospital de Clínicas**, v. 2, pág. 73–81, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762021000200010. Acesso em: 2 fev. 2023.
- AVELLANEDA-MARTÍNEZ, S., JIMÉNEZ-MAYORAL, A., HUMADA-CALDERÓN, P., *et al.* "Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19", **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 1, pág. 12–18, 2021. DOI: 10.1016/j.jhqr.2020.10.006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647920301214>. Acesso em: 2 fev. 2023.
- AWDISH, R., ELY, W. **Keeping loved ones from visiting our coronavirus patients is making them sicker**. 2020. Washingtonpost.com. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/08/06/coronavirus-icu-pacientes-families/>. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BAMBI, S., IOZZO, P., RASERO, L., *et al.* "COVID-19 em unidades de cuidados críticos: Repensando a humanização do cuidado de enfermagem", **Dimensões da enfermagem em cuidados críticos: DCCN**, v. 5, pág. 239–241, 2020. DOI: 10.1097/dcc.0000000000000438. Disponível em: https://journals.lww.com/dccjournal/fulltext/2020/09000/covid_19_in_critical_care_units_rethinking_the.1.aspx. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BARRETO, B. B., LUZ, M., ALVES VALENTE DO AMARAL LOPES, S., *et al.* "Exploring patients' perceptions on ICU diaries: A systematic review and qualitative data synthesis", **Critical care medicine**, v. 49, n. 7, p. e707–e718, 2021. DOI: 10.1097/ccm.0000000000005019. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/abstract/2021/07000/exploring_patients_perceptions_on_icu_diaries_a.36.aspx. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BASTOS, L. S., NIQUINI, R. P., LANA, R. M., *et al.* "COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020", **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 4, p. e00070120, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00070120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KQxzHZdFHcPx5CftPXZKwgs/>. Acesso em: 2 fev. 2023.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- BBC NEWS BRASIL. "Enfermeiro fotografa impacto do coronavírus nos hospitais da Itália". **BBC**, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51970243>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- BBC NEWS BRASIL. "Mortos em casa e cadáveres nas ruas: o colapso funerário causado pelo coronavírus no Equador". **BBC**, 1 abr. 2020b. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52129845>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BBC NEWS BRASIL. "2 momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de “gripezinha”, o que agora nega". **BBC**, 27 nov. 2020a. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BENEVIDES, R., PASSOS, E. "Humanização na saúde: um novo modismo?", **Interface**, v. 9, n. 17, p. 389–394, 2005. DOI: 10.1590/s1414-32832005000200014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/>. Acesso em: 3 ago. 2022.

BORGES, C. C. **O construcionismo social no contexto da estratégia saúde da família: articulando saberes e práticas**. 2015. Universidade de São Paulo, 2015. . Acesso em: 3 out. 2023.

BOURGET, R., GUERRA, S., TONETTO, F., *et al.* "La Pandémie de la Covid-19 en tant que Catastrophe Mondiale : Crise des Droits de L’homme et application du principe de solidarité", **Revista Juridica**, v. 2, n. 64, p. 409–441, 2021. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/5149/pdf>. Acesso em: 3 out. 2023.

BRASIL. **Lei No 8.069/1990** - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 14 maio. 2022.

BRASIL. **Lei No 10.741/2003** - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 14 maio. 2022.

BRASIL. **Lei No 13.146/2015** - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 14 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa No 9/2020-SE/GAB/SE/MS**. 2020. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/go/sala-de-imprensa/docs/not2496%20-%20Nota%20Informativa%20MS-nr%209.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 1 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº510/ 2016**, do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União 2016; 7 abr. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2023.

CAIUBY, A. V. S., ANDREOLI, P. B. de A., ANDREOLI, S. B. "Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva", **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 1, p. 77–84, 2010. DOI: 10.1590/s0103-507x2010000100013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/vCtDSZzJTWvx7Nm4G8TSwmG/>. Acesso em: 3 jun. 2023.

CAMACHO, M. Á. M., GONZÁLEZ, A. G., BARO, R. A. J. "Humanización de los cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19. Una oportunidad para reivindicar la atención?", **Acta médica Grupo Ángeles**, 2021. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032021000200302&script=sci_arttext. Acesso em: 2 fev. 2022.

CAPCS. **Você sabe o que são Operadores Booleanos?** 2020. CAPCS. Disponível em: <http://www.capcs.uerj.br/voce-sabe-o-que-sao-operadores-booleanos/>. Acesso em: 3 out. 2022.

CARDOSO, É. A. de O., SILVA, B. C. de A. da, SANTOS, J. H. dos, *et al.* "The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families", **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3361, 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.4519.3361. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TmXZcXpFLPFPK5Vbzc3YKv/>. Acesso em: 3 ago. 2022.

CHOI, C. "Peaceful goodbyes: Providing end-of-life care to patients with COVID-19", **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 8, p. 1682–1683, 2020. DOI: 10.1111/jgs.16637. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.16637>. Acesso em: 3 mar. 2023.

CUSSÓ, R. A., NAVARRO, C. N., GÁLVEZ, A. M. P. "El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso", **Enfermería clínica**, v. 31, p. S62–S67, 2021. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.05.018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>. Acesso em: 3 mar. 2023.

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde. São Paulo: **BIREME/OPAS/OMS**. 2022. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 de jun. 2022.

DESLANDES, S. F. "Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar", **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7–14, 2004. DOI: 10.1590/s1413-81232004000100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7jS34hDzJbQtCHMjYFHKf4L/>. Acesso em: 2 jul. 2022.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2006.

DEVÈS, M. H. "La question du réel: De la science à la catastrophe", **Recherches en psychanalyse**, v. n° 20, n. 2, p. 107–116, 2016. DOI: 10.3917/rep.020.0107. Disponível em: <https://hal.science/hal-01446267/document>. Acesso em: 04 abr. 2023.

EXTRA. Corpos de vítimas do coronavírus são empilhados em quartos de hospital nos EUA. 2020. Extra Online. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/coronavirus/corpos-de-vitimas-do-coronavirus-sao-empilhados-em-quartos-de-hospital-nos-eua-24370067.html>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FARO, A., BAHIANO, M. de A., NAKANO, T. de C., *et al.* "COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado", **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200074, 2020. DOI: 10.1590/1982-0275202037e200074. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF>. Acesso em: 3 abr. 2022.

FERENHOF, H. A., FERNANDES, R. F. "Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SFF DEMYSTIFYING THE LITERATURE REVIEW AS BASIS FOR SCIENTIFIC WRITING: SSF METHOD", **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550–563, 2016. Disponível em: <https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194>. Acesso em: 23 abr. 2022.

FERNANDES, J. B., VARETA, D. A., FERNANDES, S., *et al.* **Nursing interventions that humanise care for patients affected by COVID-19 in isolation units: An integrative review.** 2022. Nih.gov. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8971055/pdf/main.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2023.

FERNÁNDEZ-CASTILLO, R.-J., GONZÁLEZ-CARO, M.-D., FERNÁNDEZ-GARCÍA, E., *et al.* "Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study", **Nursing in critical care**, v. 26, n. 5, p. 397–406, 2021. DOI: 10.1111/nicc.12589. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33401340/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, E., MAPANGO, E. A., MARTÍNEZ-FERNÁNDEZ, M. C., *et al.* "Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: A systematic review", **Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses**, v. 70, n. 103223, p. 103223, 2022. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103223. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35221143/>. Acesso em: 3 mar. 2023.

FIGUEIREDO, S. V., GUIMARÃES, J. C. M. J., MAGALHÃES, L. L. de F., *et al.* "Atuação da equipe de cuidados paliativos frente a pacientes com a covid-19", **Enferm. foco (Brasília)**, p. 1166–1172, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369150>. Acesso em: 3 mar. 2023.

FINS, J. J. "Resuscitating patient rights during the Pandemic: COVID-19 and the risk of resurgent paternalism", **Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ: the international journal of healthcare ethics committees**, v. 30, n. 2, p. 215–221, 2021. DOI: 10.1017/s0963180120000535. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576307/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FORTE, D. N. "Cuidados Paliativos Na Uti-Covid: Integração É Uma Necessidade". **Acesso e Cuidados Especializados - Coleção COVID-19**, v. 5, 2021. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid19-volume5.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2023.

FORTUNA, C. M., FELICIANO, A. B., SILVA, M. V., *et al.* "Analyzers of support practices in humanization and Permanent Health Education", **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 32, p. e3208, 2022. DOI: 10.1590/1982-4327e3208. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/sWdhwHBnChyF5v3MSMGkZyN/>. Acesso em: 5 mai. 2023.

FREITAS, C. M. de, BARCELLOS, C. de C., VILLELA, D. A. M., *et al.* **Boletim Observatório COVID-19 após 6 meses de pandemia no Brasil, 2020**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44059>. Acesso em: 16 ago. 2022.

G1 AM. **Há um ano, Manaus enfrentava caos por falta de oxigênio nos hospitais; veja FOTOS**. 14 jan. 2022. G1. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2022/01/14/ha-um-ano-manaus-enfrentava-caos-por-falta-de-oxigenio-nos-hospitais-veja-fotos.ghtml>. Acesso em: 15 abr. 2023.

GAGNEBIN, J.-M. **Lembrar escrever esquecer**. São Paulo: Editora 34, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GÓMEZ-GONZÁLEZ, J. F., CORTÉS-LÓPEZ, V., BASANTE-MUÑOZ, L. Y., *et al.* "Humanización de los Cuidados Intensivos: Un llamado a la acción durante y después del COVID-19", **Archiv. med. fam. gen. (En línea)**, p. 5–9, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1292648>. Acesso em: 26 abr. 2023.

GREINER, R. M. B. "The cost of safety during a pandemic", **HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues**, v. 33, n. 1–2, p. 61–72, 2021. DOI: 10.1007/s10730-020-09438-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677739/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

GRISOTTO, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., *et al.*, "A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde". **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**, Rio de Janeiro: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2022. p. 309–319.

HARARI, Y. N. **Notas sobre a Pandemia: e breves lições para o mundo pós-coronavírus**. Tradução: Odorico Leal. 1 ed. ed. São Paulo: **Companhia das Letras**, 2020.

HERZOG, R., CÂMARA, L. "Ferenci e a catástrofe: ruptura dos limites", **Trivium Estudos Interdisciplinares**, v. 13, n. 2, 2021. DOI: 10.18379/2176-4891.2021v2p.62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v13n2/v13n2a06.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2023.

INTO. **Orientações sobre precaução de contato para pacientes e acompanhantes**. Disponível em:

https://www.into.saude.gov.br/images/pdf/folhetos/folheto_precaucao_contato.pdf. Acesso em: 26 mai. 2023.

KENTISH-BARNES, N., DEGOS, P., VIAU, C., *et al.* "“It was a nightmare until I saw my wife”: the importance of family presence for patients with COVID-19 hospitalized in the ICU", **Intensive care medicine**, v. 47, n. 7, p. 792–794, 2021. DOI: 10.1007/s00134-021-06411-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06411-4>.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 4, p. 420–429, 30 dez. 2010.

LARRAMENDY, M., RUCCI, G. **Abordaje de Salud Mental en una sala de terapia intensiva en contexto de pandemia COVID-19**, p. 1–5, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1414263>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LEONEL, F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. 2021. Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 3 abr. 2023.

LESSA, A. R. D., BITERCOURT, V. N., CRESTANI, F., *et al.* "Impact of the COVID-19 pandemic on patient- and family-centered care and on the mental health of health care workers, patients, and families", **Frontiers in pediatrics**, v. 10, 2022. DOI: 10.3389/fped.2022.880686. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2022.880686>. Acesso em: 3 fev. 2023.

LEVORATO, C. D. *et al.* **COVID-19 e as ações do Hospital Estadual Américo Brasiliense no cuidado centrado na pessoa**. 2020. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/329/329.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2023.

LIMA, N. T., BUSS, P. M., PAES-SOUSA, R. "A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária", **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 7, p. e00177020, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00177020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yjBt8kkf6vSFf4nz8LNDnRm/>. Acesso em: 3 mai. 2023.

MACIERA, A. C. Primo Levi e a memória de Auschwitz: o dever da testemunha e a criação literária, **Acta Scientiarum Language and Culture**, v. 43, n. 2, p. e58483, 2021. DOI: 10.4025/actascilangcult.v43i2.58483. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciLangCult/article/view/58483>. Acesso em: 3 fev. 2023.

MARIN-CORRAL, J., GARCIA-SANZ, À., MASCLANS, J. R. "Humanizing ICU Coronavirus disease 2019 care", **Chest**, v. 159, n. 2, p. 489–491, 2021. DOI: 10.1016/j.chest.2020.10.024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2020.10.024>. Acesso em: 16 abr. 2023.

MARQUES, R. DE C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D. N. A pandemia de covid-19 interseções e desafios para a história da saúde e do tempo-presente. **Coleção história do tempo presente**, 978-65-86062-31-1. v. III, p. 314, 2020a. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/documento/pandemia-de-covid-19-intersecoes-e-desafios-para-historia-da-saude-e-do-tempo-presente>. Acesso em: 27 abr. 2022.

MATTA, G. C., REGO, S., SOUTO, E. P., *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro, Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

MCNAIRY, M., BULLINGTON, B., BLOOM-FESHBACH, K. "Searching for human connectedness during COVID-19", **Journal of general internal medicine**, v. 35, n. 10, p. 3043–3044, 2020. DOI: 10.1007/s11606-020-06082-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32779138/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

MIGUEL, G., SANTOS, I., NOVAIS, M., *et al.* **Alcance e assertividade de acolhimentos com o auxílio da psicoeducação como estratégia de humanização em um hospital de urgência de Goiânia durante a pandemia da COVID-19**. 2021. Scielo.org. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3205/alcance_e_assertividade_de_a_colhimentos_com_o_auxilio_da_psicoed. Acesso em: 3 abr. 2023.

MILITÃO, M. F. **Covid-19: estudo da Fiocruz documenta riscos aos trabalhadores da saúde**. 2022. Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-estudo-da-fiocruz-documenta-riscos-aos-trabalhadores-da-saude>. Acesso em: 3 maio 2023.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento**. Rio de Janeiro: HUCITEC ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C. DE S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. Em: **Pesquisa Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2000. Gov.br. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 3 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS – Volume 1 – Formação e Intervenções**. Rede Humaniza SUS, 2010. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-1-formac%cc%a7a%cc%83o-e-intervenc%cc%a7o%cc%83es/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. 2020. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

MODESTO, J. G., ZACARIAS, D. O., GALLI, L. M., *et al.* "COVID-19 and attitudes toward social isolation: The role of political orientation, morality, and fake news", **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 124–132, 2020. DOI: 10.22491/1678-4669.20200013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2020000200003. Acesso em: 3 abr. 2023.

MÜLLER, F. M., SOUZA, M. V. Fake News: Um Problema Midiático Multifacetado. **Anais do Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação – ciki**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://proceeding.ciki.ufsc.br/index.php/ciki/article/view/511>. Acesso em: 3 abr. 2023.

NORONHA, K. V. M. de S., GUEDES, G. R., TURRA, C. M., *et al.* "Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários", **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00115320, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00115320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2023.

NOYA, R. M., LÓPEZ, G.A., PUGLIESE, C., *et al.* "Recomendación en aspectos de humanización para áreas de cuidados críticos y afines en el contexto de pandemia por COVID-19", **Rev. méd. Urug**, p. s59–s61, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1367306>. Acesso em: 23 mar. 2023.

NUNES, T. N., JUNIOR, E. B., SILVESTRIN, F., *et al.* **Visitas virtuais: possibilidades de participação das famílias nas UTIS frente à pandemia – Revista CadernoS de PsicologiaS**. 2020. Org.br. Disponível em: <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/visitas-virtuais-possibilidades-de-participacao-das-familias-nas-utis-frente-a-pandemia/>. Acesso em: 20 maio 2023.

OLIVA, D. **Especial reúne fotos marcantes da pandemia de coronavírus - Mundo - Folha de S.Paulo - Mundo**. 2020. Folha de S.Paulo. Disponível em: <https://arte.folha.uol.com.br/mundo/2020/pandemia-em-fotos/covid-19/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

OPAS/OMS. **Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19)**. 2020a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51954/OPASBRACOV1920013_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio. 2023

OPAS/OMS. **OMS divulga recursos para lidar com flagrante escassez de serviços de cuidados paliativos de qualidade - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2021-oms-divulga-recursos-para-lidar-com-flagrante-escassez-servicos-cuidados>. Acesso em: 17 jul. 2023.

- OPAS/OMS, O. P.-A. DA S. **Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 16 jan. 2022b.
- OSUNA, J. B., LLANA, H. G., ALTISENT, R. "Reflexiones éticas desde la experiencia práctica de la crisis COVID-19", **Med. paliat**, p. 255–262, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-197379>. Acesso em: 3 jun. 2023.
- PANARRA, P. M. R. **Améry e Primo Levi: a experiência do intelectual no Lager e o dever de dar testemunho**. 2009. Redalyc.org. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/934/93412810008.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2022.
- PAROTTO, E., LAMBERTI-CASTRONUOVO, A., CENSI, V., *et al.* "Exploring Italian healthcare facilities response to COVID-19 pandemic: Lessons learned from the Italian Response to COVID-19 initiative", **Frontiers in public health**, v. 10, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1016649. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016649>. Acesso em: 3 abr. 2023.
- PASCHE, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. **Caderno HumanizaSUS: Atenção Hospitalar**, v. 3, n. 1^a, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.
- PASCHE, D. F., PASSOS, E. "A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde". **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/546>. Acesso em: 3 out. 2022.
- PAULA, P. H. A. de, PINHEIRO, P. N. da C., MONDRAGÓN-SÁNCHEZ, E. J., *et al.* "As dimensões do ser humano e o cuidado de enfermagem no contexto pandêmico da COVID-19", **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, p. e20200321, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2020-0321. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/38BWYs4xzMpjRwF94Dwcc3S/>. Acesso em: 3 abr. 2023.
- PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (EDS.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed ed. São Paulo: EDUNISC, 2004.
- PORTELA, M. C., DA COSTA REIS, L. G., LIMA, S. M. L. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/covid-19-desafios-para-organizacao-e-repercussoes-nos-sistemas-e-servicos-de-saude>. Acesso em: 3 out. 2022.
- PORTUGAL, R. P.; TAN, X. (EDS.). **Antologia da poesia clássica chinesa: dinastia tang**. 2a edição revista ed. São Paulo, SP, Beijing, China: Editora Unesp; Blossom Press, 2012.
- RACHE, B., ROCHA, R., NUNES, L., *et al.* **Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID- 19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupac ,ao Hospitalar**. 2020. Fiocruz.br. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

RAMOS, A. C. C., ALMEIDA, B. G. de, BOWES, É. C. S., *et al.* "A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da SESAB na produção do acolhimento", **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 45, n. Especial 2, p. 201–216, 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.nespecial_2.a3486. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1342845/rbsp_452_17_3486.pdf. Acesso em: 3 abr. 2023.

RAMOS, F. R. S., LACERDA, M. V. G., FERREIRA, D. S., *et al.* "Health work in the context of a pandemic: For a research agenda", **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020. DOI: 10.1590/0037-8682-0427-2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174960/>. Acesso em: 3 fev. 2023.

REDMAN, H. C. S.; CARNEIRO, J. S. Visita Virtual a pacientes hospitalizados e isolados: um relato de experiência em tempos de Pandemia. Em: **Inovações no cotidiano da saúde na Amazônia: encontros do trabalho com a educação permanente e a humanização**. [s.l.] Rede Unida, 2021.

RIBEIRO, R. Vacina da informação na era das fake news. **Fake news e saúde**. As Relações da Saúde Pública com a Imprensa. Gerência Regional de Brasília, 2020.

ROBINSON, C. C., ROSA, R. G., KOCHHANN, R., *et al.* "Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras", **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, p. 405–413, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-977985>. Acesso em: 3 fev. 2023.

ROSE, L., COOK, A., CASEY, J., *et al.* "Restricted family visiting in intensive care during COVID-19", **Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses**, v. 60, n. 102896, p. 102896, 2020. DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102896. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102896>. Acesso em: 3 abr. 2023.

ROTHER, E. T. "Revisão sistemática X revisão narrativa", **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v–vi, 2007. DOI: 10.1590/s0103-21002007000200001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 3 ago. 2022.

RUBIN, R. "How COVID-19 made it even tougher to know ICU patients as individuals", **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 326, n. 13, p. 1241, 2021. DOI: 10.1001/jama.2021.13462. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34524389/>. Acesso em: 23 mar. 2023.

RUIZ, E. M.; GOMES, A. M. DE A. Apelo à humanização da morte nas práticas de saúde. **Caderno HumanizaSUS - Volume 3 - Atenção Hospitalar**, 2011.

SÁ, M. C., MIRANDA, L., MAGALHÃES, F. Pandemia Covid-19: Catástrofe Sanitária E Psicossocial, **Caderno de Administração**, v. 28, p. 27–36, 2020. DOI:

10.4025/cadadm.v28i0.53596. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/53596>. Acesso em: 3 mai. 2023.

SALES, E. C., MENEZES, A. C. C., BULÇÃO, C. M. de A., *et al.* "Centro de acolhimento e apoio psicológico aos trabalhadores com covid-19: planejamento, estrutura e prática interdisciplinar", **Rev. Baiana Saúde Pública**, p. 188–200, 2021. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1342843>. Acesso em: 3 mai. 2023.

SAMPAIO NETO, R. de A., MESQUITA, F. O. de S., PAIVA JUNIOR, M. D. S., *et al.* "Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde", **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 4, p. 369–374, 2010. DOI: 10.1590/s0103-507x2010000400010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/94Zn5bnPP7xrBSx97DgHfxL/>. Acesso em: 3 mai. 2023.

SÁNCHEZ, E. G. **Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual.** 2020. Disponível em:
<http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/203.pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.

SANTIAGO, T. T. da R., SOUSA JÚNIOR, N. B. de, BARBOSA, M. A., *et al.*, Desafios da saúde pública em meio à pandemia de covid-19: revisão narrativa. **A Saúde Pública Brasileira em tempos de pandemia**, [S.l.], Literacia Científica Editora & Cursos, 2021. p. 73–79.

SANTOS, L. N., RIGO, R. S., ALMEIDA, J. S. "Manejo em Cuidados Paliativos", **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e11712240028, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.40028. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/humap-ufms/comunicacao/noticias/gas/cuidados-paliativos/ManejoemCuidadosPaliativos.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SCHIMIDT, S. **Morrer sem oxigênio em Manaus, a tragédia que escancara a negligência política na pandemia.** 15 jan. 2021. Ediciones EL PAÍS S.L. Disponível em:
<https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-15/morrer-sem-oxigenio-em-uma-maca-em-manaus-a-tragedia-que-escancara-a-negligencia-politica-na-pandemia.html>. Acesso em: 3 jun. 2023.

SCHNEIDER, F.; SILVA, C. S. Trabalhador da Saúde: Gente cuidando de Gente. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção**, v. 1, n. 1, 2010.

SCORSOLINI-COMIN, F. A Re-Humanização, **Revista da SPAGESP**, v. 23, n. 1, p. 1–4, 2022. DOI: 10.32467/issn.2175-3628v23n1a1. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1356765>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SEIXAS, C. T., MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M., *et al.* "A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19", **Interface (Botucatu, Online)**, p. e200379–e200379, 2021. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1134603>. Acesso em: 3 abr. 2022.

SELIGMANN-SILVA, M. Testemunho e a política da memória: o tempo depois das catástrofes. **Projeto História Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em**

História, v. 30, 2005. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/2255>. Acesso em: 3 jun. 2023.

SILVA, A. L. P. da, TEIXEIRA, M. A. A. "A angústia médica: reflexões acerca do sofrimento de quem cura", **Cogitare enferm**, p. 75083–75083, 2002. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-384823>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SILVA NETO, B. R. DA. **Saúde Coletiva e Saúde Pública: highlights da Pandemia de Covid-19**. 1. ed. [s.l.] Atena Editora, 2021.

SKABA, M. F. "Humanização e cuidados paliativos", **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 782–784, 2005. DOI: 10.1590/s1413-81232005000300035. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/4NpLvMksCpWhKC4sDGFqVGB/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

SOUZA, W. da S., MOREIRA, M. C. N. "A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate", **Interface**, v. 12, n. 25, p. 327–338, 2008. DOI: 10.1590/s1414-32832008000200008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/HrCHgNbkZcnxR7374sxcngp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 mai. 2023.

STF. Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade 6.341 Distrito Federal. n. STF, p. 6, 2020.

SUBHANI, B., WIJAYARATNE, D., JAYASINGHE, S. "Lessons from the frontlines: a junior doctor's experience of the first wave of the COVID-19 pandemic in a resource-limited setting", **Medical humanities**, v. 47, n. 3, p. 380–383, 2021. DOI: 10.1136/medhum-2020-012109. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33972386/>. Acesso em: 3 abr. 2023.

UCSF. **Synapse - O jornal estudantil da UCSF Synapse Archive**. Disponível em:

<https://synapse.library.ucsf.edu/?a=d&d=ucsf19721201-01.2.16&e=-----en--20--1--txt-----txIN-->. Acesso em: 28 fev. 2022.

TANAKA, A. K. S. da R., LUNARDI, L. S., SILVA, F. G. da, *et al.* "The multidisciplinary surgical center team's response to the COVID-19 pandemic", **Rev. Bras. Enferm**, p. e20200333–e20200333, 2020. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1144066>. Acesso em: 3 mai. 2023.

TEIXEIRA, C. F. de S., SOARES, C. M., SOUZA, E. A., *et al.* "A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19", **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465–3474, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 3 mai. 2023.

UN NEWS. "Não podemos parar o COVID-19 sem proteger os profissionais de saúde": chefe da OMS | ONU Notícias. Disponível em:

<https://news.un.org/en/story/2020/03/1058581>. Acesso em: 3 jul. 2023.

VASCONCELOS, C.; BUSSINGUER, E. C. DE A. **Vista do Relação médico-paciente na assistência em contexto pandêmico: responsabilidades e vulnerabilidades dos sujeitos**. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/790/808>. Acesso em: 15 jun. 2023.

VERZTMAN, J., ROMÃO-DIAS, D. "Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19", **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 2, p. 269–290, 2020. DOI: 10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/FCst676jKy6YVJdgwvDRMQB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 mai. 2023.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a Área da Saúde**. 2nd. ed. [s.l.] Elsevier Editora Ltda., 2015.

VITALE, E., CONTE, L., DELL'AGLIO, A., *et al.* "Healthcare workers perceptions in the difficult moment of the end of life and coping strategies adopted during the COVID-19 pandemic: an Italian pilot study", **Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis**, v. 92, n. S2, 2021. DOI: 10.23750/abm.v92iS2.12090. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35037642/>. Acesso em: 3 mai. 2023.

WAKAM, G. K., MONTGOMERY, J. R., BIESTERVELD, B. E., *et al.* "Not dying alone — modern compassionate care in the covid-19 pandemic", **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 24, p. e88, 2020. DOI: 10.1056/nejmp2007781. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32289215/>. Acesso em: 3 mai. 2023.

ZYLBERKAN, M., DE CAMPOS, J. P. **Queda de dois ministros em apenas um mês deixa Saúde à deriva**. 22 maio 2020. VEJA. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/queda-de-dois-ministros-em-apenas-um-mes-deixa-saude-a-deriva>. Acesso em: 2 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, "Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020". **Oxygen sources and distribution for COVID-19 treatment centres: interim guidance, 4 April 2020**, [S.l.: s.n.], 2020. Acesso em: 14 ago. 2022.