

Processo de luto diante da pandemia: repercussões frente à Covid-19 no Brasil

*The grieving process during the Covid-19 pandemic:
repercussions against Covid-19 in Brazil*

*Luto ante la pandemia: repercusiones contra el
Covid-19 en Brasil*

Dhiene Santana Araújo Oliveira
Karen Pereira Bisconcini
Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

RESUMO: O presente trabalho propõe reflexões a respeito do processo de luto durante a pandemia de Covid-19. A conceituação do processo de luto e das noções de luto não reconhecido, luto antecipatório, e luto adiado, favoreceu-nos a discussão sobre como este processo tem sido atravessado pelo isolamento social coletivo e suas repercussões em pacientes, familiares e profissionais de serviços essenciais. Apesar das grandes perdas e mudanças ocorridas, os autores atuais ressaltaram que o enfrentamento saudável se dá a partir da vivência do processo dual do luto.

Palavras-chave: Luto; Covid-19; Pandemia.

ABSTRACT: *This paper proposes reflections on the grieving process during the Covid-19 pandemic. The conceptualization of the mourning process and the notions of unrecognized mourning, anticipatory mourning and deferred mourning favored the discussion about how this process has been crossed by collective social isolation and its repercussions on patients, families and professionals of essential services. Despite the great losses and changes that have occurred, the current authors have emphasized that healthy coping occurs from the experience of the dual process of mourning.*

Keywords: *Mourning; Covid-19; Pandemic.*

RESUMEN: *Este artículo propone reflexiones sobre el proceso de duelo durante la pandemia Covid-19. La conceptualización del proceso de duelo y las nociones de duelo no reconocido, duelo anticipatorio y duelo diferido, nos ha favorecido para discutir cómo este proceso ha sido atravesado por el aislamiento social colectivo y sus repercusiones en pacientes, familiares y profesionales de servicios esenciales. A pesar de las grandes pérdidas y cambios que se han producido, los autores actuales han destacado que el afrontamiento saludable se da a partir de la vivencia del proceso dual del duelo.*

Palabras clave: *Duelo; COVID-19; Pandemia.*

Introdução

A dificuldade do ser humano em lidar com a morte é alvo de estudos há algum tempo, no campo da psicologia, filosofia, sociologia, antropologia, dentre outras. Cenário em que algumas construções freudianas se fazem pertinentes na compreensão desse fenômeno. Para Freud (1915/1996), a atitude do ser humano para com a morte é na condição de espectador e, diante da impossibilidade de colocar-se na posição de quem morre, o sujeito, de modo inconsciente, tem a certeza de que é imortal.

Diante da impossibilidade de subjetivar e construir uma narrativa que trate sobre a própria morte, cada indivíduo encontra sua particular maneira de evitar o contato com o imprevisível da morte. Outra importante contribuição de Freud (1920/1996) refere-se aos conceitos de pulsão de vida e pulsão de morte.

Nesse caso, os estudos freudianos sobre a compulsão à repetição (mecanismo que leva os indivíduos a reproduzirem circunstâncias que acarretam o sofrimento de diversas maneiras ao longo da vida) expressam que o ser humano, além de ser guiado pelo princípio do prazer (pulsão de vida), também é conduzido pelo empuxo de retorno ao inanimado (pulsão de morte).

Assim, durante sua vida o sujeito se posiciona e reposiciona diante destes dois polos, a pulsão de vida, representada pela busca pela satisfação e a pulsão de morte, que não se trata do desejo de morrer, mas sim de o indivíduo se comportar de maneiras que contradigam ao prazer e à satisfação: “aqueles que procuram conduzir o que é vivo à morte, e os outros, os instintos sexuais que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida” (Freud, 1920/1996, p. 57).

Na esteira desta contribuição freudiana, o psicanalista francês Jacques Lacan demarcou que a morte, sob a ótica da psicanálise, seria o melhor exemplo do que, em sua teoria, estava sendo chamado de real: “o registro do real surge nas vivências cujo teor excede a capacidade de representação psíquica; o real é a morte, a perda, aquilo que não tem inscrição possível no psiquismo; o real é por excelência o trauma” (Jorge, 2008, p. 83).

Com base nesses recortes proporcionados pela teoria psicanalítica, é possível observar que, de modo inconsciente, os sujeitos creem ser imortais, vivenciam constantemente a ambivalência entre pulsão de vida e pulsão de morte, e encontram na morte seu principal contato com o real, ou seja, uma experiência impossível de ser subjetivada. Panorama que nos permite compreender, do ponto de vista psíquico, sobre a dificuldade, porque não dizer, falta de recursos simbólicos para entrar em contato com o real da morte.

Os estudos do francês Philippe Ariès também contribuíram de modo significativo no que se refere à compreensão da relação dos seres humanos para com a morte. No trabalho intitulado “História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias”, Ariès (1974/2012) discorreu sobre como a morte foi e tem sido interpretada ao longo da história da sociedade ocidental. Em nível didático, Ariès (1974/2012) apresentou algumas construções associadas a períodos históricos; entretanto, nos dias atuais observamos a manifestação concomitante de cada forma de entendimento e relação com a morte descritas pelo historiador.

O primeiro conceito proposto por Ariès (1974/2012) é chamado: **a morte domada**, e compreenderia o período entre o século V e o XI. Nessa época, a morte era concebida como um sono profundo que teria fim com o Grande Despertar no Fim dos Tempos. E sua representação imaginária compreende o indivíduo ao nascer e ao morrer na cama, cercado pelos familiares e entes queridos. A segunda formulação de Ariès (1974/2012) denomina-se **a morte**

de si mesmo, situada no período entre os séculos V e XI/XII. Nesse momento, a imagem social atribuída à morte é representada por meio de túmulos individuais, sepulturas personalizadas e estátuas fúnebres. Neste caso, as cerimônias coletivas dão lugar aos ritos individuais, quando a ideia de Juízo Final se torna presente, no sentido de avaliar os pontos positivos e negativos do moribundo, determinando seu destino pós-morte. Cabe enfatizar que, a partir deste momento, a morte passa a receber uma conotação negativa e a ser vista como esteticamente feia; em contrapartida, a valorização da biografia do indivíduo e do seu legado tornam-se significativos.

A terceira construção formulada por Ariès (1987/2012) é nomeada como **a morte do outro**. Datada a partir do século XVIII, período marcado pela dramatização em torno da morte e em semelhança ao romantismo literário, a cólera e a melancolia eram os principais representantes para morte. O quarto e último conceito de Ariès (1974/2012) é denominado a **morte interdita**, que tem início entre os séculos XIX e XX e se estende aos anos atuais. Com base em Ariès (1974/2012), entende-se que este período é marcado pelo silenciamento perante o fim de vida, em que a morte se torna objeto do saber médico, transformando-se em assunto de mau-gosto, mórbido e desagradável.

Diante da discussão acima apresentada, observa-se a diversidade de perspectivas que permitem a compreensão da relação do ser humano para com a morte. Até o momento, foi explorada a dimensão psíquica, histórica e cultural, por entender sua importância e, para avançar nesta reflexão, o tema do luto será abordado na próxima seção.

Luto, conceito e desdobramentos teóricos

Por algum tempo, o luto foi interpretado como um fenômeno potencialmente causador de doença física ou mental, contudo, este conceito tem sido aprimorado e na atualidade concebido como um processo normal, produto do rompimento de vínculo significativo para o indivíduo (Franco, 2008).

Freud (1915/2016) conceitou o luto como “reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como pátria, liberdade, ideal, etc”. De forma complementar, Casellato (2015) descreveu o luto “como uma resposta característica à perda de um objeto valorizado, seja a pessoa amada, um objeto material especial, um emprego, *status*, casa, país, ideal, parte do corpo”.

Ainda nessa perspectiva, Parkes (1998), incluiu o nível de envolvimento como fator de grande relevância na forma com que o luto se manifesta em cada indivíduo; para este autor, “quanto maior a área ocupada por A no espaço vital de B, maior será a ruptura resultante da partida de A” (Parkes, 1998).

No texto, *Luto e Melancolia*, Freud (1915/2016) definiu o luto a partir do contraponto com o conceito de melancolia. Uma de suas principais contribuições, nesta obra, refere-se à pontuação de que o luto não apresenta natureza patológica, fato que descaracteriza a necessidade de intervenções medicamentosas num aparente caminho de cura.

A partir da seguinte afirmação: “Aprovaremos também a comparação que chama de “doloroso” o estado de ânimo do luto”, Freud (1915/2016) caracterizou o luto como experiência de dor psíquica e que remete a uma experiência introspectiva de autoconhecimento por parte de um indivíduo. Além disso, o autor apresentou a dimensão narrativa como uma forma de reafirmar o caráter natural da experiência do luto: “é só porque sabemos explicá-lo tão bem que este comportamento não nos parece patológico” (Freud, 1915/2016).

Ainda em *Luto e Melancolia*, Freud (1915/2016) apresentou um conceito chamado “trabalho do luto”. Para Freud (1915/2016), o trabalho que o luto propõe ao enlutado perpassa pela possibilidade de esse indivíduo reinvestir a energia libidinal antes direcionada ao objeto de amor para outro objeto ou situações da vida. Uma vez que este reinvestimento acontece, o trabalho do luto se encerra: “de fato, uma vez concluído o trabalho de luto, o ego fica novamente livre e desinibido” (Freud, 1915/2016).

Nota-se que esta perspectiva freudiana tem sido questionada por alguns psicanalistas que discordam sobre o aspecto de encerramento do processo de luto. Para Dunker (2019), o trabalho do luto seria infinito, com o autor amparando seu argumento numa analogia ao trabalho do sonho que também seria infinito: “o trabalho de elaboração do sonho é um trabalho infinito, porque há uma parte desconhecida” (Dunker, 2019). Então, o prisma do desconhecido e do impossível de ser simbolizado é o que caracteriza o trabalho do luto como infinito, perspectiva que dialoga com a concepção lacaniana de que a morte seria uma representação do registro do real.

Apesar de apresentar valiosas contribuições na compreensão do luto, os psicanalistas pouco têm se debruçado no aperfeiçoamento desse conceito. Embora a psicanálise seja a teoria que orienta este trabalho, alguns conceitos de outras abordagens teóricas serão citados, a fim de ampliar a reflexão acerca da manifestação do luto na atualidade. Para tanto, será dada ênfase especial aos conceitos de luto não reconhecido, luto antecipatório e luto adiado.

O conceito de luto não reconhecido se delineia por iniciativa do pesquisador Kenneth Doka na década de 90. Este autor parte da ideia de que toda e qualquer sociedade conta com um conjunto de regras, que se estabelecem com o intuito de nortear a maneira como o luto é expresso no convívio social e, dessa forma, delimitam “*quem, quando, onde, como, por quanto tempo e por quem* devemos expressar sentimentos de luto ou pesar” (Doka, 1989, como citado por Casellato, 2015).

Entretanto, Doka (1989) tenha demonstrado que este conjunto de normas nem sempre irá “corresponder à natureza do apego, ao senso de perda ou aos sentimentos dos sobreviventes” (Casellato, 2015). Observa-se que a discrepância entre o sentimento do enlutado e o reconhecimento de seu sofrimento por parte da comunidade em que está inserido pode reverberar de modo negativo na experiência de luto.

Algumas circunstâncias podem dar margem ao não reconhecimento do luto na atualidade. A primeira delas acontece quando *O relacionamento não é reconhecido*, ou seja, quando a relação do enlutado com a pessoa perdida não é baseada em laços afetivos convencionais, entre parentes ou amigos; o segundo exemplo evidencia-se nas situações em que *A perda não é reconhecida*, quando a perda não é socialmente considerada como significativa (animais de estimação, por exemplo); a terceira circunstância se estabelece a partir do momento em que *O enlutado não é reconhecido*; neste caso, a pessoa não é socialmente definida como capaz de enlutar-se (idosos e crianças, por exemplo); o quarto cenário fica evidente quando *A morte não é reconhecida*, situações que não se enquadram nas regras de luto e que, de certo modo, culpabilizam a quem morre ou a quem está enlutado (suicídio, homicídio, terrorismo, morte por AIDS ou outra doença com forte estigma social); por fim, pode culminar no luto não reconhecido às situações em que o *Modo de enlutar-se e o estilo de expressão do pesar não são valorizados socialmente*: neste caso, a maneira de expressar o luto não é socialmente aceita (Doka, 1989; 2002, como citado por Casellato, 2015).

Diz-se luto antecipatório, o conceito elaborado pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann no período da Segunda Guerra Mundial (Fonseca, 2012). Ao observar as esposas dos soldados que retornavam da guerra, ele percebeu que havia uma dificuldade de inclusão destes no seio familiar, tendo em vista que, as esposas tinham passado por um processo de elaboração, como se eles realmente tivessem morrido (Lindemann, 1944). Estas esposas aceitavam a morte antes que ela de fato ocorresse, o que, para Lindemann (1944) ocorria em função da separação que indicava uma ameaça ou perigo real do soldado vir a falecer e não em função da morte em si.

Adiante, a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross (2008) descreveu o luto antecipatório em um contexto em que há uma doença envolvida. Dessa forma, ele pode ocorrer devido à separação ou à doença, cujo prognóstico é reservado; como exemplo, as doenças fora de possibilidades de cura. O luto antecipatório é compreendido também como um processo de construção de significado.

Outro conceito que se faz importante citar é o de luto adiado. Segundo Parkes (1998), trata-se do prolongamento do tempo de entorpecimento no luto ou até da falta de reconhecimento do entorpecimento. Alguns pacientes atendidos pelo referido autor não apresentaram as sensações e sentimentos trazidos frequentemente pelo luto, como se o enlutado se “fixasse” em uma falsa sensação de que tudo está como era antes da perda.

Parkes (1998) citou o trabalho clássico de Lindemann (1944), *The Symptomatology and Management of Acute Grief*, em que o autor descreveu variadas formas de luto frustradas, que podem ocorrer nesse período de adiamento que nomeamos como luto adiado. Tais sintomas também foram percebidos na atuação clínica de Parkes (1998), e tratavam-se de pessoas com queixas de insônia, ataques de pânico, rompantes de raiva irracional e afastamento social.

Apontamento importante realizado por Parkes (1998) retratou a dificuldade que alguns psiquiatras encontram em diferenciar uma doença depressiva causada pelo luto do estado depressivo decorrente do luto adiado. Os sintomas apresentados pelos pacientes enlutados precisam ser avaliados criteriosamente, pois muitos sintomas são esperados e nem sempre são suficientes para a indicação de auxílio psiquiátrico.

No caminho da compreensão do luto adiado, recorreremos ao modelo mais atual e bastante difundido entre os estudiosos do processo de luto. Trata-se do Modelo do Processo Dual, cunhado por Stroebe e Schut (1999), que retrataram o processo de luto como sendo um movimento dinâmico e regulatório. Tal modelo se apoia na noção de “trabalho do luto”, segundo este modelo, o enlutado oscila entre fases de enfrentamento “orientado à perda” e outras de enfrentamento “orientado à restauração”.

No enfrentamento orientado à perda existe a busca da pessoa perdida, referindo-se à vivência da perda propriamente dita, ou seja, traduzindo um espaço para a expressão da dor decorrente da perda. O enfrentamento orientado à restauração faz referência ao tempo utilizado à reorganização da vida do enlutado após a perda. O luto considerado saudável pode englobar a oscilação entre esses dois tipos de enfrentamento (Stroebe, & Schut, 1999).

Parkes (2009) reforçou a importância da oscilação no processo saudável de luto, segundo ele, como resultado da mesma, o enlutado compreende que boa parte do passado continua sendo importante na vivência do presente e do planejamento para o futuro. Mesmo com o rompimento concreto do vínculo, será possível manter simbolicamente aquilo que se perdeu. Segundo este modelo, a dificuldade na vivência do processo de luto se dará, caso um dos dois enfrentamentos ocorra em exacerbação. O enlutado, incapaz de abrir mão do que é perdido, apresenta tendência a sofrer de luto crônico e aquele que evita o sentimento de pesar próprio da perda, reorganizando-se para a vida rapidamente, está em situação de risco para o desenvolvimento de um luto inibido, como no caso do luto adiado.

A experiência de luto diante da COVID-19

Em dezembro de 2019, o betacoronavírus SARS-CoV-2 foi identificado pela primeira vez em humanos em Wuhan, China. Um surto local inicial de infecção respiratória culminou em uma pandemia global (COVID-19), como o declarado pela Organização Mundial da Saúde. Devido ao rápido crescimento dos casos da COVID-19, muitos países ativaram planos de emergência e desenvolveram diretrizes para controlar a doença e defender a saúde pública por meio de intervenções de distanciamento social, como suspender atividades escolares, restrições de viagens e confinamento em casa (Santos, 2020).

A COVID-19 não é a primeira experiência de luto que marca o Brasil e o mundo. Especificamente no Brasil, enfrentamos a pandemia (gripe A, AIDS); epidemias (varíola, gripe H1N1); as endemias (febre amarela, malária), os desastres ambientais (Mariana, Brumadinho), dentre tantas outras experiências marcantes em nível de sofrimento e com grande representatividade no cenário mundial, afetando o cenário brasileiro.

Apesar de não ser a primeira experiência, talvez esta seja a primeira vez que um mesmo fenômeno ameace vidas no mundo inteiro ao mesmo tempo. A dificuldade de elaboração que a pandemia provocada pela COVID-19 impõe se caracteriza pela disparidade entre o tempo cronológico (o dos acontecimentos) e o tempo de elaboração psíquica (o tempo lógico e subjetivo).

As consequências decorrentes da quarentena sobre os aspectos psicológicos e bem-estar devem ser discutidas porque devido à pandemia, muitas atividades pararam, especialmente aquelas envolvendo relações humanas, forçando adaptações que muitas pessoas não estavam preparadas.

Nesse contexto, existe um maior alcance psicológico negativo e, possivelmente, desfechos duradouros (sintomas de raiva, confusão e estresse pós-traumático) que podem estar associados à quarentena prolongada, medo de infecção da COVID-19, frustração, falta de suprimentos básicos, informações insuficientes, problemas financeiros e estigma (Brooks, *et al.*, 2020).

Durante a atual pandemia do COVID-19, existem relatos de que as pessoas não planejaram seus cuidados no final da vida e não discutiram previamente com a família seus desejos e preferências, caso fiquem muito debilitados (Moore, Sampson, Kupeli, & Davies, 2020). No entanto, as famílias precisarão tomar decisões difíceis em relação à ressuscitação cardiorespiratória, encaminhamento do tratamento e local de atendimento do seu ente querido (Moore, Sampson, Kupeli, & Davies, 2020). A COVID-19 propicia uma aparente experiência coletiva; contudo, embora todos sejam afetados pelo mesmo vírus, a maneira como cada indivíduo é tocado é única. Mas, antes de discorrer sobre as particularidades, cabe refletir sobre alguns aspectos relacionados de modo grupal. As estratégias de enfrentamento à COVID-19 impuseram, a quase todas as sociedades, uma longa fase de isolamento social que tem sido vivida de maneiras distintas, conforme a categoria social ocupada por cada indivíduo; é sobre esta experiência que esta reflexão irá se voltar neste momento.

O isolamento social como uma experiência coletiva

A necessidade de controlar a disseminação da COVID-19 impôs como regra principal o isolamento social; desse modo, muitas pessoas tiveram que realizar seu trabalho em domicílio e foram orientadas a sair de casa apenas quando estritamente necessário. Situação que repercutiu de modo intenso na subjetividade dessas pessoas, que passaram a acompanhar diariamente o aumento do número de mortes e a vivenciar, conseqüentemente, a sensação de insegurança, sem uma data prevista para seu término.

Além disso, houve pessoas, especialmente os trabalhadores autônomos, que se viram privados de suas atividades laborais e colocados frente à condição de extrema vulnerabilidade financeira. Diante disso, foi frequente o aumento dos relatos de ansiedade, depressão e estresse, que, embora ainda não se tenham dados estatísticos definitivos, são observados pelas redes sociais, importante ferramenta de enfrentamento, na medida em que permitiu a aproximação e o compartilhamento de afetos durante os momentos de isolamento social.

Nesse sentido em que a experiência coletiva compartilha inúmeras perdas simultâneas, pode-se pensar no impacto destas no desenvolvimento do processo de luto. Trata-se de mudança repentina nos modos de organização de vida e cotidiano, com notícias diárias de perdas de pessoas, lugares, momentos e impacto financeiro.

Houve um rompimento importante do que Parkes (1971, como citado por Franco, 2012) chamou de “mundo presumido”, conceito este que traduz o “único mundo que o ser humano efetivamente conhece, que inclui tudo o que sabe ou pensa saber. Inclui a interpretação do passado, as expectativas do futuro, planos e preconceitos” (Franco, 2012, p. 57).

Neste momento de intensas mudanças sociais e pessoais, todos os aspectos listados acima sofreram mudanças. Ser vítima de desastre ou de fenômeno coletivo como a pandemia, ocasiona perdas significativas e, conseqüentemente inicia-se o processo de luto. Assim, é necessário perceber quais são os aspectos alterados após a perda, visando a construir para si um novo significado e alcançar uma nova maneira de estar no mundo. Este processo passa por um período em que se colocam em questão crenças básicas, que garantem a segurança da pessoa, a estabilidade do mundo e a regularidade da resposta das pessoas (Franco, 2012).

A experiência de luto de familiares que perderam entes queridos

Ter um familiar diagnosticado com a COVID-19 se configurou como uma das experiências mais angustiantes durante a pandemia. O diagnóstico impõe um isolamento rigoroso, nos casos em que os sintomas são considerados brandos; desse modo, o doente permanece isolado em casa e evita o contato com os demais indivíduos que compartilham o mesmo espaço. Caso o indivíduo necessite ser hospitalizado, esse distanciamento torna-se ainda maior, pois as visitas presenciais foram suspensas, e grande parte dos hospitais, a fim de minimizar a quantidade de pessoas nas ruas, optou por repassar informações sobre o quadro clínico do doente via telefone, conduta reconhecidamente como prudente, mas que se tornou fonte de angústia e sofrimento para os familiares. Situação agravada quando o paciente falece, pois os rituais de despedida também sofreram alterações, devido ao controle do contágio; as instituições sanitárias determinaram que os velórios passariam a ser mais curtos, o caixão obrigatoriamente deveria se manter lacrado; além disso, em algumas situações, a família esperou alguns dias para que o enterro pudesse acontecer, pois o fluxo de sepultamentos tornara-se intenso em muitos cemitérios.

Em meio a tantas limitações e impossibilidades, ocorre a questão de como os familiares conseguirão vivenciar as perdas e, conseqüentemente, os lutos que já ocorrem em meio à internação hospitalar, ao distanciamento e à falta da realização dos rituais tradicionais para nossa cultura?

Sabe-se que o processo de luto antecipatório é de grande importância na adaptação dos familiares perante à realidade da morte, que pode ocorrer quando um familiar está gravemente adoecido. Nos casos em que os familiares não conseguem ter contato com os pacientes que estão isolados em enfermarias próprias de quem contraiu a COVID-19, o espaço para a fala, ressignificações, reavaliações, e despedidas tende a ser limitado ou de não ocorrer. Essas limitações têm sido enfrentadas por meio de ligações e chamadas de vídeo, quando a instituição hospitalar dispõe deste dispositivo, além, da transmissão de mensagens repassadas dos familiares pelos profissionais de saúde que assistem o paciente.

No entanto, em muitos casos, estes familiares não conseguem fazer seu último contato, pois os pacientes internados nem sempre estão conscientes ou a instituição consegue ter profissionais suficientes para administrar essa forma de cuidado que é tão importante. Abre-se aí um precedente de que possam ocorrer lutos complicados e que enfrentam a falta de oportunidade de construção ao longo do adoecimento. As restrições de contato, seja ele físico ou virtual, o isolamento coletivo e rapidez que algumas mortes têm ocorrido em meio ao adoecimento podem resultar em lutos traumáticos.

A experiência traumática de ser, ao mesmo tempo, enlutado e sobrevivente da pandemia, traz uma transição psicossocial intensa de quebra do mundo presumido e uma necessidade de responder às demandas do cotidiano (Franco, 2012). Há muitas perdas simbólicas, ocorrendo em meio ao cenário de pandemia; de um lado, espera-se a administração dos sentimentos de tristeza e pesar; de outro, faz-se necessário ter força para seguir. Por vezes, o luto dos familiares tem um caráter adiado, pois eles precisam seguir com a vida para conseguir sobreviver.

Parkes (1998) salientou que crenças e rituais que oferecem explicações para a morte e o apoio social tendem a auxiliar no enfrentamento do pesar vivenciado pelos que perdem. O funeral pode dar margem para sentimentos positivos e negativos, embora seja possível perceber que muitas pessoas que perderam seus entes queridos percebem na cerimônia um espaço para ter apoio e união familiar. Dessa forma, os familiares daqueles que morrem em decorrência da COVID-19, podem perder este espaço de elaboração, o que, por sua vez, tende a corroborar com a dificuldade de passagem pelo processo de luto de forma saudável.

A experiência de luto do paciente

Durante o processo de adoecimento, cada paciente recebeu marcas da solidão que é vivenciar um adoecimento inédito e sobre o qual inexistia um tratamento curativo conhecido. Os sentimentos de desamparo, desesperança, insegurança foram frequentes e intensificados diante da dificuldade em manter contato com os familiares e com os próprios profissionais que, para chegar perto, precisavam estar devidamente paramentados, o que potencializou a sensação de distanciamento. Talvez esta seja uma das experiências mais agressivas no que se refere a um forçoso contato com a própria finitude.

Esses pacientes são cuidados por profissionais repletos por paramentações, a despersonalização, fenômeno bastante conhecido a partir da entrada do paciente no hospital, é sentida de forma intensa. Seu direito de ir e vir não lhe pertence mais, suas roupas, pertences e tudo o que diz respeito a sua autonomia lhe são tomados. Ao se perceber adoecido, o sujeito é convidado a olhar para sua finitude. A doença orgânica traz à cena a oportunidade de percepção de que o sujeito “não terá vida até quando desejar, já que a condição de ser vivente traz a iminência da certeza da morte que não tem dia certo para ocorrer” (Oliveira, *et al.*, 2017, p. 98).

O paciente acometido pela COVID-19 passa por todo o processo psíquico de percepção e elaboração do que vive no corpo. São momentos delicados, por vezes, são dias, inconsciente e entubado que, no caso de melhora, são seguidos por dias confusos, desorientação espaço-temporal, dores pelo corpo, readaptações para retorno da alimentação, utilização de dispositivos que antes não eram necessários, acrescidos do sofrimento de não ter próximo fisicamente seus familiares e amigos, a rede que lhe oferta segurança e bem-estar. Trata-se da grande proximidade com a finitude e, ao mesmo tempo, com uma sensação de desamparo.

Pode-se perceber que há um processo de luto presente na experiência destes pacientes, agora fragilizados, sem saber exatamente quais as próximas fases de sua vida. Muitos destes pacientes enfrentam pioras bruscas, oscilações diante de seu quadro que lhes colocam por diversas vezes próximos à experiência de morte.

As reações emocionais diante de um diagnóstico que envolve uma doença sem cura e potencialmente fatal podem ser compreendidas como expressões do luto antecipatório.

O luto se organiza em torno das perdas de aspectos concretos como a perda da saúde, hospitalização, afastamento do cotidiano, alterações da imagem corporal em conjunto com aspectos subjetivos, tais como perda da noção de controle, segurança, autonomia, a presença de angústia e o déficit de autoestima (Fonseca, 2004).

A experiência de luto do profissional dos serviços essenciais

Diferentemente de todas as outras classes trabalhistas, os profissionais dos serviços essenciais (transporte, alimentação, higiene e limpeza, fornecimento de água, energia, internet, profissionais de saúde etc.) foram privados da escolha pelo isolamento, alguns governantes optaram inclusive pelo cancelamento das férias dos profissionais da saúde.

Apesar de estarem distantes da preocupação econômica, pois seus empregos estavam garantidos, estes profissionais se viram extremamente expostos ao risco de contágio e, por consequência, conviveram com o receio de contaminar familiares e entes queridos. No que se refere aos profissionais da saúde, cabem algumas reflexões adicionais, pois esta classe profissional vivenciou muito mais perdas do que qualquer outra pessoa, seja dos pacientes ou dos colegas de trabalho. Acompanhar o processo de morrer destas pessoas é também questionar sobre quão seguros estão. Além disso, observa-se o sofrimento relacionado ao fato de serem impedidos de ofertar um fim de vida com mais humanidade a seus pacientes. E talvez o aspecto mais delicado: a decisão sobre a oferta de suporte de saúde quando os recursos se tornaram escassos, o que, para alguns, foi interpretado na literal escolha sobre quem irá viver e quem morrerá. É extremamente doloroso carregar e conviver com o peso desse dilema ético.

Conforme descrito em seções anteriores, regras e normas sociais determinam “*quem, quando, onde, como, por quanto tempo e por quem* devemos expressar sentimentos de luto ou pesar” (Doka, 1989, como citado por Casellato, 2015, p. 25). Com base neste aspecto, entende-se que a COVID-19 propicia uma experiência de luto não reconhecido, à medida em que algumas pessoas se viram obrigadas a abandonar seus trabalhos e, conseqüentemente perderam sua fonte de renda e ocupação. Por meio da vivência de profissionais que, por estarem expostos ao contágio, optaram por se isolar dos seus familiares. Além disso, o próprio isolamento que priva o indivíduo da liberdade de escolha e do direito ir e vir, que pode ser interpretado como a perda de um ideal de vida. Situações, que diante das mortes, são formas de enlutamento pouco valorizadas em vigência da pandemia.

Em seu livro, *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*, Butler (2018) observa algumas questões referentes às pessoas mortas nas guerras, no que ela chama de vidas consideradas “destrutíveis” e “não passíveis de luto”. Como se algumas populações fossem “perdíveis” e podem ser sacrificadas, já que este é o destino preparado a elas. Quantas populações têm sido negligenciadas a partir desta máxima, de que não se há permissão para viver o luto das pessoas que já imaginávamos ser “grupo de risco” ou ser parte daqueles que têm como missão cuidar da saúde alheia em detrimento da própria.

A discussão apresentada neste estudo ressalta sobre a dificuldade de elaboração da experiência de luto vivenciada frente à pandemia do COVID-19. Considerando este fato, trouxemos duas imagens (Figuras 1 e 2), veiculadas em jornais de grande representatividade em todo o mundo, a fim de ampliar a reflexão até agora demonstrada.

Figura 1: O Brasil registra a oitava maior taxa de mortes no mundo devido à pandemia da Covid-19



Fonte: Magenta (2020)

Figura 2: Consequências da pandemia da Covid-19



Fonte: Manzoni (2020)

Frente ao exposto, observa-se que a COVID-19 nos impõe uma infinidade de experiências de enlutamento, muitas delas ainda em construção e elaboração; entretanto, a literatura nos mostra que a intervenção psicológica parece ser eficaz para aliviar os sintomas de luto em adultos enlutados (Johannsen, *et al.*, 2019).

Considerações finais

As reflexões construídas ao longo deste texto nos remontam a duas importantes questões: em uma cultura permeada pela afetividade e por abraços calorosos, como é possível sentir-se acolhido sem receber o carinho da família e da comunidade diante da experiência de luto? Como realizar seu trabalho de profissional dos serviços essenciais sabendo que, a cada dia que sai para trabalhar, está se colocando em risco e arriscando a saúde da sua família? Como elaborar o luto pela sua própria morte sem poder contar com o apoio das pessoas amadas?

Questões extremamente complexas e que a literatura científica não dá conta de explicar ou traduzir. Entendemos que os efeitos das experiências vivenciadas na pandemia ocasionadas pela COVID-19 sejam observados apenas após sua passagem. Neste momento, em que está por vir, os lutos adiados e, ou não reconhecidos, poderão ter maior espaço, uma vez que a velocidade dos acontecimentos tem dificultado o tempo de elaboração subjetiva que não segue a lógica do tempo cronológico.

Notadamente, a pandemia proporciona a vivência de lutos coletivos e também individuais, que necessitam de espaço para acontecerem, e que promovem o sentimento e percepção da coletividade mesmo diante do isolamento. Nesta direção, reconhecemos a necessidade de que sejam pensadas e organizadas possibilidades de elaboração coletiva da pandemia e de seus efeitos. Além disso, percebemos a importância de se buscar, na posição de profissionais e agentes promotores de saúde, meios e instrumentos que possibilitem o enfrentamento da realidade da pandemia, com toda a dor que ela carrega.

Neste momento, é preciso construir recursos que permitam suportar o tempo de duração desta pandemia e, talvez, o conceito proposto pelo modelo processo dual do luto seja uma interessante ferramenta. A possibilidade de oscilar seus afetos entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração configura-se como um interessante recurso de enfrentamento diante dos conflitos gerados pela experiência subjetiva advinda da COVID-19. Entendemos ser importante entrar em contato com os sentimentos (positivos ou negativos) que esta pandemia propicia, mas também acreditar na possibilidade de dias melhores.

Referências

Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Dora Flaksman, Trad. (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: LTC.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. Recuperado em 15 maio, 2020, de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>.

Butler, J. (2018). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira.

Carone, M., & Freud, S. (2016). 1985: luto e melancolia. *Jornal de Psicanálise*, 49(90), 207-224. Recuperado em 10 abril, 2020, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352016000100016.

Casellato, G. (2015). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados em sociedades*. (3ª ed.). Niterói, RJ: Polo Books.

- Dunker, C. I. L. (2019). Teoria do Luto em Psicanálise. *Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 28-42. Recuperado em 10 abril, 2020, de: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226/154>.
- Fonseca, J. P. (2004). *Luto antecipatório*. Campinas (SP): Livro Pleno.
- Fonseca, J. P. (2012). *Luto Antecipatório: as experiências pessoais, familiares e sociais diante de uma morte anunciada*. São Paulo, SP: Polo Books.
- Franco, M. H. P. (2012). Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto. *Mundo Saúde*, 36(1), 54-58. Recuperado em 12 abril, 2020, de: <https://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2012/90/06.pdf>.
- Freud, S. (1996). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14, 288-308. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 18, 29-69. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. Recuperado em 03 abril, 2020, de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718330763?via%3Dihub>.
- Jorge, M. A. C. (2008). *Fundamentos de Psicanálise de Freud a Lacan*. (5ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. (9ª ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. Recuperado em 11 abril, 2020, de: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.151.6.155>.
- Magenta, M. (2020). Mortes, testes e contágio: como o Brasil se compara a outros países na pandemia de corona vírus. *BBC News Brasil* [internet]. Recuperado em 09 junho, 2020, de: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52509734>.
- Manzoni, T. (2020). Covid-19 pode ter matado o dobro do divulgado em província italiana, diz prefeito. *Jovem Pan* [internet]. Recuperado em 09 junho, 2020, de: <https://jovempan.com.br/noticias/mundo/bergamo-mortes-coronavirus.html>.
- Moore, K. J., Sampson, E. L., Kupeli, N., & Davies, N. (2020). Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 Era. *International Psychogeriatrics*. Recuperado em 03 abril, 2020, de: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E5C9BBE36E9F438937C15B931B3A2DF6/S1041610220000745a.pdf/supporting_families_in_endoflife_care_and_bereavement_in_the_covid19_era.pdf.
- Oliveira, D. S. A., et al. (2017). Múltiplos olhares para o sofrimento na perspectiva dos Cuidados Paliativos. In: Andrade, L. (Org.). *Cuidados Paliativos e Serviço Social um exercício de coragem*. Holambra, SP: Editora Setembro.
- Parkes, C. M. (1971). Psycho-social transition: a field of study. *Soc Sci Med*, 5, 101-115. Recuperado em 01 junho, 2020, de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0037785671900916?via%3Dihub>
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. (3ª ed.). São Paulo, SP: Summus.

Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo, SP: Summus.

Santos, C. F. (2020). Reflections about the impact of the SARS-COV-2/COVID-19 pandemic on mental health (2020). *Braz J Psychiatry*. Recuperado em 03 junho, 2020, de: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v42n3/1516-4446-rbp-1516444620200981.pdf>.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of bereavement: rationale and description. *Journal Death Studies*, 23(3), 197-224. Recuperado em 03 junho, 2020, de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046>.

Dhiene Santana Araújo Oliveira - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, EACH - USP. Psicóloga com especialização modalidade Residência em Cuidados Paliativos em Saúde do Idoso pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

E-mail: dhienearaujo@hotmail.com

Karen Pereira Bisconcini - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, EACH - USP. Psicóloga com especialização modalidade Residência em Cuidados Paliativos em Saúde do Idoso pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HCFMUSP.

E-mail: karen.bisconcini@gmail.com

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez – Professor-Doutor II da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH - USP). Pós-Doutorado em andamento, Universidade do Porto, Portugal. Doutora e Mestre em Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP.

E-mail: biagutierrez@usp.br