

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS

O MANEJO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE LUTO DE
FAMILIARES DE VÍTIMAS DO COVID-19 NA PERSPECTIVA
DE PROFISSIONAIS DO CAPS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DE RONDÔNIA

Ribeirão Preto
2023

ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS

O MANEJO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE LUTO DE
FAMILIARES DE VÍTIMAS DO COVID-19 NA PERSPECTIVA
DE PROFISSIONAIS DO CAPS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DE RONDÔNIA

Dissertação apresentada à Universidade
de Ribeirão Preto como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana
Vendruscolo

Ribeirão Preto
2023

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

RAMOS, Elis Milena Ferreira do Carmo, 1982-
R175m O manejo terapêutico no processo de luto de familiares de
vítimas do COVID-19 na perspectiva de profissionais do CAPS
em um município do interior de Rondônia / Elis Milena Ferreira
do Carmo Ramos. – Ribeirão Preto, 2023.
70 f.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Juliana Vendruscolo.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2023.

1. Luto. 2. Profissionais de saúde. 3. COVID-19. 4. Saúde
mental. II. Título.

CDD 600

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS

O MANEJO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE LUTO DE FAMILIARES DE
VÍTIMAS DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DO CAPS EM
UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE RONDÔNIA

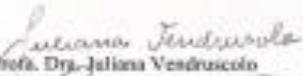
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

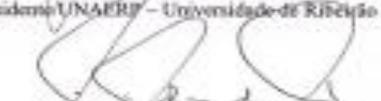
Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 31 de agosto de 2023

Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Juliana Vendruscolo
Presidente UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Silvia Sidrícia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto


Prof. Dra. Camila Martins Lima
FFCLRP/USP

RIBEIRÃO PRETO
2023

A todos os familiares que perderam um amor, vitimizados pela COVID-19!

Em especial, dedico essa pesquisa a minha amiga Ethyenni Kellyne Gonçalves, que muito dolorosamente entregou seu bem mais precioso que foi muito amada e continuará sendo por todos nós, Jennifer Camilly de Souza Gonçalves.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

Em especial, agradeço a minha mãe Marineide Ferreira da Silva (*in memoriam*) que sempre me apoiou, incentivou e me fazia sentir especial e muito inteligente, sempre usando o termo EMPODERADA; agradeço infinitamente a essa mulher que até em seu último ato me fez entender e compreender o significado do tema principal dessa pesquisa: luto.

Aos meus filhos Maria Luiza Ferreira do Carmo Souza e Victor Ferreira Ramos, agradeço por serem minha força! Ao meu esposo Genilson Ramos, por sempre me apoiar, incentivar e ajudar em tudo, obrigada por ser esse amigo.

A minha companheira de todas as etapas deste curso, viagens, aulas, dúvidas, a que compartilhou comigo de todo o percurso, inclusive, do tema escolhido (pois vivenciei minhas dores), uma amiga que serei eternamente grata ao universo por ter me ofertado a honra de partilhar desse desafio, Kátia Regina Gomes Bruno, não tenho palavras para mensurar o quanto sou grata por sua amizade.

Agradeço com o coração muito feliz pela banca avaliadora deste trabalho, professora dra. Silvia Sidnéia que apontou todas as melhorias necessária, me orientando às direções a seguir sem perder o foco. A doce professora dra. Camila Lion, que de forma delicada e precisa contribuiu de forma significativa para a finalização do trabalho.

Aos coordenadores e diretores da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, em especial, a coordenadora deste Programa de Mestrado Prof^a. Dra. Silvia Sidnéia da Silva por nos acolher durante todo este percurso.

Por fim, agradeço a todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

“Na manhã infinita as nuvens surgiram como a loucura numa alma e o vento como o instinto desceu os braços das árvores que estrangularam a terra... Depois veio a claridade, o grande céu, a paz dos campos..., Mas nos caminhos todos choravam com os rostos levados para o alto, porque a vida tinha misteriosamente passado na tormenta.”

A Música das Almas, de Vinicius de Moraes

RESUMO

RAMOS, E.M.F.C. O manejo terapêutico no processo de luto de familiares de vítimas de COVID-19 na perspectiva de profissionais do caps em um município do interior de Rondônia. 70 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2023.

O luto não deve ser caracterizado como uma enfermidade, mas sim, como um processo. Muitas vezes, na tentativa de encurtar a vivência desse processo, o luto é negligenciado e pode culminar num sofrimento ainda maior. Com o advento da pandemia por COVID-19 trazendo as mortes em massa e o luto inesperado a vivência deste processo ficou ainda mais difícil e, muitas vezes, desassistido. Considerando que o cuidado com a saúde envolve a assistência integral ao indivíduo (Bio, Psico, Socio, Eco, Espiritual) inserido nos diferentes momentos do processo de saúde e doença (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação), a pandemia gerou a necessidade de uma abordagem multiprofissional direcionada aos enlutados da COVID-19 junto ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. Sendo assim, este estudo teve como objetivo compreender como ocorreu o manejo terapêutico dos profissionais de saúde do CAPS II frente à procura dos enlutados por COVID-19. Para tanto, a escolha metodológica foi por uma abordagem qualitativa, especificamente pela pesquisa exploratória e descritiva. O estudo aconteceu no período de Janeiro a Maio de 2023, a amostra utilizada nesta pesquisa foi intencional e constituída por quatro profissionais das diferentes áreas de atuação no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento metodológico, constituído por um roteiro de entrevista semiestruturada composto por questões norteadoras que possibilitaram maior flexibilidade das respostas. Os dados coletados foram analisados qualitativamente utilizando-se o método de análise de conteúdo e a técnica de categorização das respostas proposto por Bardin. A categoria de análise observada na pesquisa foi: “Terapêutica ao enlutado”, e a partir desta categoria foi possível obter duas subcategorias para análise, denominadas: Terapêutica e Proposta. Como resultado da pesquisa, conclui-se que na época mais ativa da pandemia do COVID-19, não houve uma terapêutica exclusiva voltada para usuários familiares que padeciam em luto por perda de um ente querido pelo COVID-19, porém a procura existiu e esses familiares foram acolhidos e direcionados a outros órgãos. Notou-se o interesse por parte dos profissionais em um intermédio ou até mesmo um suporte extra entre a atenção básica de saúde e o CAPS. Essa constatação evidencia a importância da implantação do Ambulatório de Saúde Mental no Município.

Palavras-chave: Luto. Profissionais de Saúde.COVID19. Saúde mental.

ABSTRACT

RAMOS, E.M.F.C. Therapeutic management in the grief process of families of victims of covid-19 from the perspective of caps professionals in a municipality in the interior of rondonia. 70 p. Dissertation (Professional Master's Degree in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2023.

Grief should not be characterized as an illness, but as a process. Often, in an attempt to shorten the experience of this process, mourning is neglected and can culminate in even greater suffering. With the advent of the COVID-19 pandemic, bringing mass deaths and unexpected grief, experiencing this process became even more difficult and often unassisted. Considering that health care involves integral assistance to the individual (Bio, Psycho, Socio, Eco, Spiritual) inserted in the different moments of the health and disease process (prevention, promotion, treatment and rehabilitation), the pandemic created the need to a multidisciplinary approach directed at COVID-19 mourners at CAPS II. Therefore, this study aimed to understand how the therapeutic management of CAPS II health professionals was carried out in the face of the search for COVID-19 mourners. Therefore, the methodological choice was for a qualitative approach, specifically for exploratory and descriptive research. The study took place from January to May 2023, the sample used in this research was intentional and consisted of six professionals from different areas of activity at the Psychosocial Care Center - CAPS II. For data collection, a methodological instrument was used, consisting of a semi-structured interview script composed of guiding questions that allowed greater flexibility in the answers. The collected data were qualitatively analyzed using the content analysis method and the response categorization technique proposed by Bardin. The analysis category observed in the research was: "meanings attributed by professionals to Palliative Care", and from this category it was possible to obtain two subcategories for analysis, called: Therapeutic and Proposal. As a result of the research, it is concluded that at the most active time of the COVID-19 pandemic, there was no exclusive therapy aimed at family users who were grieving for the loss of a loved one by COVID-19, but the demand existed and these family members were welcomed and directed to other bodies. There was interest on the part of professionals in an intermediary or even an extra support between basic health care and the CAPS. This makes explicit the importance of implementing the Mental Health Outpatient Clinic in the city of.

Keywords: Grief. Health Professionals.COVID19. Mental health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

OMS – Organização Mundial de Saúde

RO – Rondônia

SDRA – Síndrome da Dificuldade Respiratória Aguda

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Geral.....	16
1.3.2 Específicos.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 A SAÚDE MENTAL E CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RAPS	17
2.2 CONHECENDO A REDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	22
2.3 PROCESSO DE MORTE E LUTO.....	27
2.4 LUTO POR COVID-19.....	31
3 CASUÍSTICA E MÉTODO	34
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	34
3.2 CONTEXTO SOCIAL DO ESTUDO	35
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.4 COLETA DE DADOS.....	37
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados.....	37
3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados.....	38
3.5 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS	40
3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA....	41
3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS	42
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 ANÁLISE DO CONTEÚDO.....	43
4.2 Caracterização dos Participantes.....	43
4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS.....	44
4.3.1 Compreendendo a Subcategoria “Terapêutica”	44
4.3.2 Compreendendo a Subcategoria “Proposta”	47
5 CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXO A	57
APENDICE I.....	63
APENDICE II.....	69
APENDICE III.....	71
ANEXO B	72

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, tenho 41 anos, casada com o Genilson Ramos e mãe da adorável Maria Luiza e do garoto perfeito Victor. Sou formada em Enfermagem, desde o ano de 2016, pelo Centro Universitário UNIFAEMA.

Trabalhar com saúde e educação sempre foram minhas paixões, visto que estive em contato com a área desde criança. Minha mãe, Marineide, foi professora por mais de 30 anos e toda vida acompanhei de perto sua jornada, com muitos desafios, mas com muitos sorrisos de conquista. A área da saúde me instigou desde tenra idade, admirava o cuidar, o tocar o corpo e ao vê-lo enfermo, a vontade de curar, de estar ao lado sempre foi grande.

Ao ingressar na graduação pude, enfim, evidenciar que o meu desejo seria realizado, pois passo a conhecer sobre o cuidar de paciente e me inspiro em professores que ensinam, vejo enfermeiros passando seus conhecimentos através de aulas e nesse momento, vejo que as paixões da minha vida poderiam caminhar de mãos dadas. A partir de minha formação já me imaginava trabalhando com pacientes e com alunos. Foi no ano de 2018 que recebi o convite para integrar o corpo docente da faculdade o qual havia me inspirado e me formado, passo então a fazer parte da UNIFAEMA não mais como acadêmica, mas como professora.

Após a graduação, fiz Especialização em Enfermagem em Saúde Mental e ao iniciar a vida docente, vi a necessidade de buscar crescimento intelectual para assim ofertar o melhor a quem eu estava ensinando. Foi daí que ao ver colegas de trabalho se aperfeiçoando no mestrado profissional da UNAERP – me faz ter a certeza de ingressar e fazer parte dos que obtém conhecimento de qualidade.

O meu interesse em escrever sobre o tema dessa pesquisa, foi após vivenciar o processo de luto. Após perder uma pessoa muito amada, foi desesperador, a pessoa amada pela qual me refiro trata-se da filha primogênita da minha amiga Ethyene Kellyne, a qual tenho grande estima. Essa pessoa tão amada, nasce a partir do momento que ela foi namorada do meu filho, os dois vivenciando a fase do primeiro amor, primeiros namorados um do outro, amor puro, inocente e interrompido por esse vírus até então desconhecido, devastador. Jennifer Camylle partiu dia 27 de Julho de

2020, aos 15 anos de idade, sem comorbidades, sem ter a chance de se proteger. Foram 14 dias de internação hospitalar, foram dias de luto que se antecipavam e nos martirizaram.

Além de vivenciar o despreparo dos profissionais que atendem no CAPS da minha cidade, por vezes não atenderem familiares enlutados, seja por perdas em geral, mas, mais específico aos que perderam seus amores pelo COVID-19. O despertar para a pesquisa se dá pela necessidade de saber que esses familiares possam ser assistidos por profissionais, e, mesmo o processo de luto não sendo um processo patológico, e já tendo passado três anos de pandemia, e ainda vivenciando perdas para tal doença, observo que muito ainda se tem a aprender, que o luto caminha conosco para sempre, e o luto quando não é assistido pode colaborar com o desenvolvimento de transtornos mentais.

A efetivação deste trabalho teve um espantoso significado em minha vida, pois tive a oportunidade de crescer profissionalmente e respeitosamente como pessoa, o que muito me alegra, mesmo não querendo ter esse crescimento por essa causa.

No percurso que findava este trabalho, para minha desagradável surpresa e de toda minha família, pude mais uma vez vivenciar o tema centrado na pesquisa: LUTO, em nossa casa quando de modo repentino, minha mãe Marineide Ferreira da Silva, com então 68 anos de idade, ativa, aparentemente saudável, fora acometida pelo câncer em estágio 3c com metástase peritoneal, que se localizava inicialmente no ovário direito, e em 17 dias do diagnóstico final, não resistiu aos efeitos da 1ª sessão de quimioterapia, vindo a falecer e nos deixando vivenciar o luto.

Após todo o processo de produção desta pesquisa, creio que pude experimentar diversos sentimentos, perdas, realizações, autoconhecimento e, sobretudo, o sentimento de saudade. Onde pude assimilar a saudade com o imenso amor que foi ou que fica, quando somos tocados por ela (saudade)

1 INTRODUÇÃO

O ser humano enfrenta perdas ao longo da vida, sendo que elas variam em diferentes cenários: perdem objetos, empregos, amizades, tempo com alguém, um período da vida e, também, perdem pessoas. A perda de alguém pode ser por diversos fatores: mudança de endereço, separação, rompimentos e morte. A morte passa ser a maior e derradeira perda, pois não há mais o que perder quando uma pessoa morre.

O luto é um processo natural diante da perda de alguém ou do rompimento de um vínculo. Diversos autores têm estudado a temática do luto (CREPALDI, et al., 2020)

Durante uma pandemia é comum também que as pessoas sofram com o que é chamado de luto antecipatório que se expressa sem a pessoa ter perdido alguém de fato (KOVÁCS, 1992). Este processo é provocado diante das incertezas e das mudanças na rotina da pessoa, que agora vive isolada de seus entes queridos e enfrentando o medo de perdê-los por conta da pandemia.

Falar de morte sempre nos leva a falar da vida, em tempos de crise podemos ter algum sofrimento e não devemos ignorar o que sentimos. Assim, é importante que cada um de nós busque mecanismos de resiliência para os sofrimentos psicológicos, procure apoio, seja apoio e monte uma rede de vida de expressividade com familiares, amigos e profissionais de saúde

Porém, antes ou durante a pandemia, os seres humanos cessaram e cessarão suas funções vitais em algum momento e, enquanto os entes queridos morrem, os enlutados nascem. Quando ocorre a morte, advém o luto e este, uma vez instaurado, se traduz no temido padecer. O estado de enlutamento, por mais que seja um comportamento compreendido pela “humanidade” atual - avessa ao sofrimento (do outro) por não abrir espaço para a lamentação - é uma atribulação individual, porém influenciada (dentre outros) pela percepção de um auxílio que seja útil (FRANQUEIRA; MAGALHÃES, 2018).

Caso o enlutado não tenha uma rede de apoio, afetará não somente o portador, mas todo o seu contexto familiar e social, posto que esta aflição, ainda que agora pareça sensibilizar a coletividade, é sentida internamente, mas precisa do apoio externo para superação. Os humanos necessitam de uma fortalecida rede social de apoio, visto que as relações interpessoais fazem com que as pessoas moldem e sejam

moldadas (HOFFMANN; MÜLLER, 2006), para a vida e para a morte. Indo além, o transtorno do luto está se desenhando como um problema de saúde pública em função da incidência de adoecidos pelo excesso de sofrimento, requerendo atenção e intervenção das áreas da psique (KOVÁCS, 2005).

Mortes repentinas oriundas de muito sofrimento, podem acarretar um luto ainda mais difícil, isso se demonstra com a ocorrência da pandemia COVID-19 (RAMOS; NUNES; BESERRA, 2021).

Os primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus diagnosticados como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida, apareceram em Dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China. Mais tarde, as amostras respiratórias dos doentes mostraram a presença do coronavírus (SARS-CoV-2), identificado como o agente causador da doença COVID-19. A sua rápida propagação a nível mundial levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a 11 de Março de 2020, a infeção COVID-19, uma pandemia mundial (BECHING, 2020).

O SARS-CoV-2 é transmitido por inalação ou contacto direto com gotículas infectadas, o período de incubação varia entre 1 e 14 dias, e que os doentes infetados podem ser assintomáticos e transmitir a doença. Os sintomas são inespecíficos, sendo os mais frequentes a febre, tosse, dispneia, mialgias e fadiga (SINGHAL, 2020).

Estima-se que aproximadamente 80% dos doentes desenvolvam doença leve, 14% doença grave e 5% doença crítica. Os doentes com doença grave geralmente apresentam sinais e sintomas de pneumonia viral e podem evoluir para situações de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), insuficiência cardíaca aguda, lesão renal aguda, sobre infeção, sepse ou choque. A mortalidade da doença é significativamente mais elevada em doentes com doença grave, em pacientes idosos e com comorbidades, variando a taxa de mortalidade de 2 a 3% (ESTEVIÃO, 2020).

Sendo uma doença devastadora, por muitas vezes letal, os entes queridos sequer tiveram a oportunidade da despedida, o último adeus, seja no hospital, seja nos rituais fúnebres, o que só aumenta e dificulta ainda mais o processamento do luto. A pandemia influenciou diretamente na vida dos sobreviventes, atingindo em massa a saúde mental, tantos dos familiares quanto dos profissionais da saúde (RAMOS; NUNES; BESERRA, 2021).

Por perceber que a saúde mental em tempos de pandemia precisa ser mais bem explorada e cuidada, tanto da população não enlutada, mas principalmente das que passam pelo processo do luto, pretendeu-se nessa pesquisa, compreender como

o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, trabalhou nesse acolhimento, visto que, foi o local de referência disponibilizado para o tratamento dos transtornos mentais da população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 JUSTIFICATIVA

A realização desse estudo apresenta como justificativa a percepção da autora sobre a ausência de assistência psicológica específica aos enlutados pelo COVID- 19. Considerando que a assistência possível era restrita ao CAPS, tornou-se necessário compreender qual a terapêutica ofertada por essa instituição para a demanda do luto.

Por considerar que o momento pandêmico é evento desconhecido e nunca vivenciado pela atual geração de profissionais, se busca compreender como foi o manejo dos profissionais para tal processo.

Pretende-se contribuir de forma significativa com a produção de conhecimento acerca da temática, trazendo assim, suporte para profissionais e familiares que tem a vivência do problema; ademais, instigar a realização de mais estudos voltados à temática.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Compreender o manejo terapêutico utilizado pelos profissionais do CAPS II, para familiares enlutados vítimas do COVID-19 em um município do interior de Rondônia

1.2.2 Específicos

- Discorrer sobre o processo de morte e luto;
- Compreender a saúde mental como parte integral da saúde do indivíduo;

Investigar quais dispositivos são utilizados para prestar assistência no processo de luto aos familiares de pacientes que vieram a óbito por COVID-19 em um município do interior de Rondônia

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE MENTAL E A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL RAPS

Em uma aproximação com o campo da saúde, torna-se perceptível o uso frequente do termo saúde mental. Ele é utilizado em legislações ou políticas governamentais, como designação de serviços da saúde, também aparece em manuais, em artigos científicos, em livros, nos meios de comunicação, além de ser referido pela comunidade em geral. Ainda assim, essa constante e curiosa repetição não indica que existe um consenso sobre o que, de fato, significa saúde mental. Alguns dos mais importantes autores que se debruçaram na gênese dessa temática, como Canguilhem e Foucault, o fizeram através da construção de certa oposição entre saúde e doença e como essas duas categorias foram sendo constituídas discursivamente, ao longo do tempo, em suas dimensões culturais, sociais, políticas e econômicas (ALCANTARA; VIEIRA; ALVES, 2022)

Tal oposição indica as marcas das mudanças radicais de ordem científica, amparadas por um pragmatismo desregrado que coloca a verdade e a razão na gênese do conhecimento. Uma operação realizada a partir dos infundáveis desdobramentos cartesianos instaurados pelo discurso tecnológico que insiste em separar o corpo (somático) da mente (psíquico) e que persistem hegemônicos no raciocínio biomédico.

À vista disso, Gaudenzi, (2016), fala que dois modos de entendimento da saúde e doença se destacam: 1) a compreensão positivista, pragmática, baseada nas ciências empíricas – biologia, física e química –, que considera a saúde e a doença através da bioestatística e do selecionismo. Nessa perspectiva, saúde e doença estão relacionadas à normalidade. Logo, a anormalidade seria um desvio estatístico entre o atípico e o funcionamento normal do organismo, comparando o funcionamento de cada indivíduo com o funcionamento geral da espécie, em larga escala; 2) a compreensão subjetivista, que pensa a saúde e a doença por meio de um universo linguístico e genealógico, relacionados à cultura, gramática, epistemologia, antropologia e história. Saúde e doença não são vistas como um desvio na norma, /mas como uma construção mutável, com caráter subjetivo e intencional, conhecidas por meio da descrição dos fenômenos. Essa compreensão se divide em duas outras: 2.a) as que percebem a saúde como um valor externo, baseado nas regras de uma

determinada comunidade – que definem aquilo que é a doença; 2.b) e as que percebem como valor interno, baseado naquilo que os indivíduos descrevem como percepção da própria incapacidade – a experiência de adoecimento

Decorre disso um esforço para conceber a patologia mental pelo viés orgânico o impacto do encontro com a loucura fez o campo epistemológico atualizar a divisão das ciências naturais e ciências sociais. Assim, a loucura foi sendo deslocada da desrazão à doença mental, quando a psiquiatria assume o cuidado dos loucos e desenvolve seu saber sobre a alienação. Esse deslocamento se deu a partir do confinamento da loucura no manicômio (FOUCAULT, 2010).

A institucionalização asilar, pelas vias da internação no hospital psiquiátrico, garantiu que a doença mental fosse submetida enquanto objeto da intervenção da medicina mental. Dessa forma, a loucura, capturada pela clínica psiquiátrica e pelo discurso médico científico, se transformou em alienação e depois em doença mental por meio do diagnóstico e do tratamento. Esse tratamento garantido pela psiquiatria era pedagógico-disciplinar e intencionava a cura através da reeducação moral capaz de corrigir o distúrbio das paixões, ou seja, fazer com que o louco sujeitasse seu delírio à sua própria vontade para voltar à razão (AMARANTE, 2018).

Apenas com o fim da Segunda Guerra Mundial, com a popularização de terapias psicológicas e o com advento dos psicofármacos, que se reconheceu o isolamento do doente mental nas instituições como um modelo de tratamento desumano e segregante, tratamento esse que cerceava a liberdade e autonomia desses indivíduos submetendo-os às condições de intenso sofrimento (FREITAS, AMARANTES, 2017).

Essa compreensão culminou em movimentos de reforma psiquiátrica que foram se levantando pelo mundo todo, principalmente em países como Itália, França, Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, com tempos e características distintas. Apenas em um segundo momento, países como a Espanha e o Brasil também reformaram sua assistência psiquiátrica (ANDRADE; MALUF, 2017).

No Brasil, a reforma iniciou durante a década de 1970, durante o processo de redemocratização do país, ocorrendo juntamente com a reforma sanitária. Foi protagonizada pelo movimento da Luta antimanicomial, composto por trabalhadores, familiares, usuários, artistas e políticos envolvidos com as transformações dos cuidados com os doentes mentais que culminou no modelo de atenção psicossocial, conforme Amarante e Lanceti (2017).

Apesar de tantas lutas para a construção desse novo modelo de atenção, a compreensão de saúde e doença, proposta pela discursividade científica, acaba adquirindo muita força no campo da atenção psicossocial. A saúde é percebida como um ideal, e a doença é como um problema que precisa ser localizado, descrito e medido. A doença deve ser diagnosticada e eliminada sem perda de tempo. Na seara do pragmatismo desenfreado, o que resta é rechaçado, sem valor (ALCANTARA; VIEIRA; ALVES, 2022).

Um processo de psiquiatrização da vida, de medicalização das subjetividades e dos sujeitos, cujo sinal mais evidente é a utilização do reducionismo classificatório dos manuais de diagnóstico psiquiátrico – os DSM's e CID's. Importante lembrar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), dissemina em seus relatórios um conceito de saúde mental entendido como “[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade” (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*; 2001).

O termo “bem-estar” também aparece no conceito de saúde defendido pela OMS, como completo bem-estar físico, psíquico e social. Esse é o discurso da higiene, que fala Canguilhem, quando diz que a disciplina médica tradicional, para regulamentar a vida dos indivíduos, se transveste de uma ambição sociopolítico-médica. Diante de tantas transformações implicando as compreensões acerca da saúde, o que se percebe é uma verdadeira polissemia envolvendo o conceito de saúde mental e o desenvolvimento de mais de um modelo teórico para defini-la (ALCANTARA; VIEIRA; ALVES, 2022).

Almeida Filho et al. (1999), em sua tentativa de conceituar saúde mental, distinguiram duas formas de definição: por meio da vertente narrativa, que descreve a etnografia ou retórica popular; ou pela vertente interpretativa, que é uma maneira de uma comunidade identificar e interpretar suas práticas partindo de elementos sociais, políticos, econômicos, culturais, individuais ou familiares. A interpretação de segundo nível seria aquela que tenta traduzir a linguagem científica, que tende à universalidade, enquanto é produzida e produtora de práticas e saberes.

No que tange toda essa demanda de saúde e doença, no eixo dos transtornos mentais, temos como uma variante produtora de cuidados, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que são instituições criadas para então cuidar de pessoas

acometidas de algum transtorno mental, seja ele de grau leve, moderado ou grave, tenham assistências fora do âmbito hospitalar.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tem diretrizes e estratégias de atuação na área de assistência à saúde mental no Brasil que envolvem o Governo Federal, Estados e Municípios. Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada paciente. Nesses locais também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade. (BRASIL, 2023).

A Política Nacional de Atenção Básica teve como estratégia prioritária para expansão e consolidação a Saúde da Família, que inclui o cuidado às pessoas com transtorno mental. Na população adulta, a prevalência de transtornos mentais é alta – uma revisão sistemática brasileira encontrou valores entre 20% e 56%, com acometimento principal em mulheres e trabalhadores. Considerando não somente a frequência, mas também a evolução longitudinal destas doenças, conclui-se que são um dos principais contribuintes para a carga de doença total em nível mundial (BRASIL, 2012).

Em 2011 houveram importantes alterações no SUS com o estabelecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma das prioritárias. Este *status* proporcionou o maior investimento financeiro, na ordem de 200 milhões de reais, tanto para custeio da rede existente como para melhoria dos serviços já existentes (BRASIL, 2011).

À medida que políticas públicas são implementadas, são necessários estudos de avaliação de implantação e efetividade dos serviços, assim como o desenvolvimento de índices e taxas que permitam esta análise. Apesar da relevância, são escassas as pesquisas que avaliam a efetividade dos serviços substitutivos às instituições manicomiais. Alguns estudos que relacionaram a implantação de CAPS e seus efeitos nas internações psiquiátricas encontraram resultados divergentes; por vezes encontrando uma associação positiva entre implementação de CAPS e outros componentes da RAPS e queda do número de internações; por vezes não obtendo qualquer associação (TOMASI et al, 2010).

Os CAPS surgiram, no Brasil, na década de 1980, e foram regulamentados em 1992 através da Portaria MS 224/92 com vistas a garantir um cuidado de base

territorial e serem serviços substitutivos aos hospitalares, oferecendo cuidado intensivo ao portador de sofrimento psíquico (SOUZA; GUJOR; SILVA, 2014).

Os CAPS nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar. Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um lugar na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares.

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo e, em 1989 foram instituídos, em Santos, os NAPS, com atenção 24horas, posteriormente denominados de CAPS III.

Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aqueles por dependência de álcool e outras drogas. As atividades nos CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Sendo o cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família (BRASIL, 2017).

Para melhor compreensão dos que é e quais suas características, pode-se observar no quadro abaixo os tipos de CAPS existentes no Brasil:

QUADRO 1- CARACTERÍSTICAS E OBJETIVOS DO CAPS:

CAPS I	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS III	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS AD	Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS I	Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS AD III	Álcool e Drogas: Atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS AD IV	Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

FONTE: Ministério da Saúde (2023). Compilado da autora (2023).

Atualmente, o Brasil conta com 2.836 CAPS habilitados, distribuídos entre 1.910 municípios de todos os estados e no Distrito Federal (BRASIL, 2023). O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família, a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde refere que as práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de portas abertas, acolhedor e inserido nos territórios das cidades, dos

bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos, e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivos, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias, e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria SAS/MS n. 854/2012 (BRASIL, 2012a), poderão compor, de diferentes formas, PTS, de acordo com as necessidades de usuários e familiares, as seguintes estratégias:

- Acolhimento inicial: primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
- Acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Atendimento individual: atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do projeto terapêutico singular ou que dele derivam. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.
- Atenção às situações de crise: ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
- Atendimento em grupo: ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais,

possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.

- Práticas corporais: estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.

2.2 CONHECENDO A REDE DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A Rede de Atenção Psicossocial é destinada às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 e revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. A Rede de Atenção Psicossocial foi disposta anteriormente pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 a fim de reorganizar o Sistema Único de Saúde, visto o seu planejamento em saúde, assistência à saúde e à articulação interfederativa (BRASIL, 2017).

No Capítulo I do Decreto nº 7.508/2011, são instituídas as Regiões de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde. A primeira diz respeito ao espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Já o segundo, que versa sobre a Rede de Atenção à Saúde, define que é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (KANTORSKI, et al, 2009).

Nos Capítulos II e III do decreto citado acima, que versam sobre a Organização do SUS, fica definido que a Atenção Psicossocial é um componente mínimo obrigatório de serviços e ações que são necessários à institucionalização das Regiões de Saúde, e estes serviços e ações são portas de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde (GARCIA, REIS, 2018)

Constituem pontos de articulação da RAPS, as seguintes unidades:

- CAPS:

Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios) (BRASIL, 2023).

- As urgência e emergência:

SAMU 192, UPA 24h e pronto socorro, esses classificam-se como serviços de atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

- Os serviços hospitalares

No Brasil são considerados estratégicos e imprescindíveis no processo de desinstitucionalização de egressos de longas internações psiquiátricas que perderam vínculos sociais e familiares. Dentro dessa estratégia pode-se conferir os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua (AMORIM, DIMENSTEIN, 2009).

Os SRTs visam os processos de autonomia, de construção de direitos, de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e devem garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento (BRASIL, 2004).

- Para um cuidado contínuo conta-se com as Unidades de Acolhimento (UA):

Onde ofertam cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses (JARDIM, DIMENSTEIN, 2011).

As Unidades de Acolhimento são divididas em: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA): destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI): destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos. As UA contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos outros pontos da RAPS (BRASIL, 2023).

- Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental:

São serviços compostos por médico especialista ou com experiência em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais. Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas (BRASIL, 2021).

Funcionam em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e/ou em ambulatórios de hospitais, ampliando o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os CAPS (BRASIL, 2023).

Mais uma das assistências dispensadas aos usuários que necessitam de suporte para reestruturação em saúde mental, pode-se citar as comunidades terapêuticas, que são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Como portas que atendam pacientes em sofrimento mental, também contam as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, que são os serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia. Apresentam indicação para tratamento nesses Serviços pacientes com as seguintes características: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos

graves à saúde; risco de autoagressão ou de heteroagressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública (BRASIL, 2023).

De tal modo, as internações hospitalares devem ocorrer em casos de pacientes com quadros clínicos agudos, em internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base aberta, isso está dentro do que se baseia a Lei 10.216 (Reforma Psiquiátrica).

Abarcando também a rede que presta atenção aos usuários de transtornos mentais, a política conta com o Hospital-Dia, onde se configura como local que presta a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (BRASIL, 2023).

Vale ressaltar, que, não havendo no município um CAPS, todo atendimento de saúde mental é realizado pela porta de entrada principal do SUS, que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde. Para tanto, fica explícito que o manejo e tratamento dos transtornos mentais na atenção básica é um passo essencial que permite aos usuários acesso mais rápido e fácil aos serviços de saúde em toda a sua complexidade (CAMPOS, 2000).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou o documento "La introducción de un componente de salud mental em la atención primária", no qual se destaca a importância do aspecto emocional na atenção à saúde mental pelas USF devido ser impossível alcançar saúde se não cuidar das necessidades emocionais, reforçando assim que as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços ao contrário aumentam a efetividade destas (TANAKA, 2009).

2.3 PROCESSO DE MORTE E O LUTO

A morte é vista por uma experiência amplamente conhecida. Afinal, aproximadamente sessenta milhões de pessoas morrem anualmente, o que representa quase 1% da população mundial. Morre-se por causas diversas: epidemias, guerras, fome, acidentes, doenças, catástrofes entre outros. Parece mesmo que cada época pode ser definida por uma forma de morrer típica, como, por exemplo, a peste e a cólera na Idade Média, a morte por tuberculose no Período Romântico, o câncer na Sociedade Industrial, a Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (AIDS) na Sociedade Pós-industrial, não obstante, nos últimos dois anos, tivemos a pandemia do século XXI (RAMOS et al., 2021).

Muito embora a morte seja uma experiência ubíqua, quanto mais conhecemos a morte, mais a afastamos de nosso cotidiano. A questão mais paradoxal relacionada com a morte, no entanto, está relacionada com o processamento moderno do morrer, ou seja, apesar desse contínuo afastamento, aumenta o interesse popular sobre a morte, com imagens que a retratam na televisão, nos jornais e internet. Por que, na sociedade moderna, a morte é considerada mais como uma condição variável do que uma condição constante da existência humana? Que tipo de estratégias sociais foram postas em operação para enfrentar a morte de forma objetiva e deslocar o sofrimento para a esfera privada da família e dos amigos? Quais os efeitos desse tipo de processamento sobre a atuação dos indivíduos? (MATEDDI; MOREIRA, 2007).

Os mesmos autores acima concordam que várias maneiras de lidar com o fato de que todos vamos morrer. Do ponto de vista sociológico, a morte pode ser descrita como o núcleo de um complexo cultural que envolve técnicas, costumes e valores. Isso significa que, para habituar-se à morte, cada sociedade, cada comunidade, cada grupo social, à sua própria maneira, acabou desenvolvendo dispositivos de suportes sociopsicológicos para conviver com a ideia de finitude. Com isso, a morte foi se transformando numa experiência institucionalizada socialmente, cercada de ritos, hábitos e técnicas (MATEDDI; MOREIRA, 2007).

Assim, do ponto de vista comparativo, podemos encontrar sistemas mortuários que se baseiam em técnicas como embalsamento, cremação, enterro, ou até mesmo abandono do corpo morto, bem como em cosmologias que sustentam a transcendência, a reencarnação entre outros. Portanto, enquanto em alguns grupos sociais a morte é encarada com serenidade, em outros pode gerar inconformismo e dor; enquanto, para alguns, a morte é vista como uma punição, para outros pode representar uma redenção; enquanto, para alguns, a morte é vista como um fim, para outros pode constituir, simplesmente, o começo. É por isso que a morte e suas respectivas formas de processamento compreendem um aspecto fundamental do processo de socialização humana. (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

Na sociedade moderna, a morte se organiza de forma muito pontual, e nesse processo de objetivação do morrer é produto da convergência de duas transformações que se encontram conectadas: em um lado, do encontro das racionalidades científicas das áreas médicas e mercantil, bem como da indústria funerária; por outro, do declínio

progressivo da religião no processamento da morte na modernidade. Assim, a morte converte-se num ponto de passagem de uma extensa rede de conhecimentos sociotécnicos, para o qual convergem as intervenções especializadas, operadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, atendentes funerários e, inclusive, cientistas sociais, que organizam o significado moderno do morrer (MATTEDI; PEREIRA, 2007).

Com isso, a experiência emocional da morte é transferida para a esfera privada. Mais precisamente, é circunscrita ao grupo familiar e dos amigos. O significado dessa sanitização efetuada pela medicalização, mercantilização e privatização da morte é tornar o morrer invisível, ou, pelo menos, o minimante disruptivo da rotina cotidiana.

Contudo, a diminuição da vulnerabilidade social proporcionada pela organização moderna do morrer não significa, evidentemente, que a morte não seja problemática para o indivíduo. A profusão de conhecimentos e técnicas médicas sobre a saúde e o prolongamento da vida humana, associados à intensificação da individualização, fez com que os indivíduos passassem a se preocupar com a morte ao longo de toda a vida. Os meios de comunicação de massa, por exemplo, difundem um volume crescente de informações especializadas sobre os riscos associados ao fumo, à alimentação e à vida sedentária entre outros. (AQUINO; VASCONCELOS; BRAGA, 2014; COSTA; NJAINE; SOUZA, 2020; SUÁREZ; SOUSA; CALDAS, 2020).

Assim, ao mesmo tempo em que a organização moderna da morte procura evitar que sua inevitável recorrência desestabilize a rotina produtiva dos indivíduos, ela força esses mesmos indivíduos a pensarem na morte indiretamente, ao se tornarem responsáveis pela saúde do corpo. A consequência é, por um lado, que a morte é processada subjetivamente como uma falha técnica ou um acidente e, por outro, como uma espécie de punição por uma vida desregrada. O resultado não deixa de ser paradoxal, pois a preocupação contínua com a preservação da vida torna a morte ainda mais angustiante (BASSO; WAINER, 2011).

Como é notório, a morte é um acontecimento sempre inesperado e que se faz presente no cotidiano de forma inevitável, além disso, acarretadas problemas orgânicos e psicológicos. Vista como um tabu, muitos mistérios e crenças a cercam, e os indivíduos, habitualmente, se encontram despreparadas para lidar com a finitude da vida humana. A perda de um familiar, por exemplo, é um evento de grande potencial traumático, capaz de desencadear sofrimento intenso e importante impacto à saúde física e mental, problemas financeiros e enfraquecimento dos laços sociais (COSTA; NJAINE; SOUZA, 2020; SUÁREZ; SOUSA; CALDAS, 2020).

O luto é vivenciado como um fato intersubjetivo e como experiência de perda de um mundo partilhado que se rompe com a morte. Ao se perder um ente querido, perdem-se também uma perspectiva e uma possibilidade existencial, cabendo ao enlutado a ressignificação de seu existir (MICHEL; FREITAS, 2019).

Nos primeiros estudos psicológicos sobre o luto, Freud, em “Luto e Melancolia” (1917/2017), discorreu a respeito de uma proposta em relação à dinâmica psíquica do sujeito melancólico, considerando a perspectiva das implicações de perda de objeto e do luto não elaborado. Freud apresentou o luto como uma reação à perda do objeto pelo qual se tem investimento de energia libidinal, a perda de quem se ama, culminando em comportamentos que expressam sofrimento, desânimo e abatimento. Diferente da melancolia, no luto verificou-se a perda de um objeto real, e desta forma, para o indivíduo que investiu energia no objeto perdido, o mundo passa a não ter mais sentido e nem significado que justifique o prosseguimento com entusiasmo, estes quesitos serão reelaborados em um nível simbólico e na conclusão pode ocorrer a ligação da libido com outro objeto de amor. É válido frisar que um objeto não substitui o espaço do outro, apenas pode ocorrer transferência de energia libidinal de um dado objeto para outro. Desta forma, segundo o nome da obra do referido autor, “Luto e Melancolia”, há uma correlação entre as circunstâncias que constam do título do texto, ao apontar que em ambas se observaria uma profunda prostração, uma resignação generalizada do interesse do mundo externo e uma considerável perda de atuação (FREUD, 1917/2017).

Kübler- Ross (2017) afirma que o processo de luto pode ser dividido em cinco estágios e compreendê-los nos permite ter maior sensibilidade e cuidado em relação a dor da perda de um ente querido. O primeiro estágio descrito pela autora é o de negação e isolamento. Segundo ela, durante essa fase a pessoa acaba negando o problema e busca formas de não entrar em contato com a realidade. Um exemplo disso é a pessoa evitar falar sobre o assunto –comumente essa defesa é temporária e logo é substituída por uma aceitação parcial. O segundo estágio apresentado pela autora é o da raiva, onde o indivíduo se revolta e não se conforma por estar passando pela situação vivenciada. Normalmente essa raiva que a pessoa está sentindo propaga-se em vários sentidos e projeta-se no ambiente muitas vezes sem razão aparente. Na barganha, terceiro estágio descrito pela autora, geralmente a pessoa tende a negociar consigo mesmo, com a família ou com um ser superior, fazendo promessas na espera que assim sua situação melhore.

Por fim, o último estágio mencionado pela autora é o da depressão, na qual a pessoa frequentemente fica melancólica, se isola e se sente impotente diante da situação. Esta fase pode ser um instrumento na preparação para o estado de aceitação que é o quinto estágio, no qual a autora afirma que o indivíduo já consegue perceber melhor a realidade e se mostra mais preparado para defrontar a perda. No entanto, os estágios do luto não são lineares, eles podem ocorrer em ordens diferentes, todos ao mesmo tempo ou não ocorrerem ((SUÁREZ; SOUSA; CALDAS, 2020).

Os estudos atuais retratam o luto de maneira mais ampla, a partir de uma visão biopsicossocial, mediante uma perspectiva de construção de significados, relacionando-o a uma resposta sistêmica e multidimensional. Atualmente, um dos modelos mais aceitos para a compreensão dos processos de luto corresponde ao modelo de Processo Dual do Luto, de Stroebe e Schut (1999), o qual enfatiza o enfrentamento, ou seja, o desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação – com foco para a perda e para a restauração – considerando a oscilação, entre ambos os processos de enfrentamento, como relevantes para a elaboração.

Os enfrentamentos direcionados à perda relacionam-se à busca pelo ente falecido, pela figura de apego perdida. Esses enfrentamentos incluem expressões de negação, evitação da realidade, sentimentos de saudade, entre outros que correspondam a dar espaço para a lembrança do ente. Já os enfrentamentos direcionados à restauração da vida referem-se à construção de estratégias que possibilitem ajustamentos recorrentes à perda, relacionados a desenvolver comportamentos adaptativos que se aproximem da nova realidade de perda. Portanto o luto é um processo dinâmico, de adaptação e transição, em que o fenômeno da morte se integra à subjetividade, ou seja, é um processo assimilado e integrado à individualidade do enlutado (SILVA; CARNEIRO; ZANDONADI, 2017).

Entretanto, reconhece-se que o processo de luto, em qualquer circunstância, causa uma demanda psicológica, uma vez que é inerente ao ser humano o enfrentamento e as dificuldades com as perdas, principalmente de pessoas significativas. De acordo com os autores, a perda é considerada uma das experiências mais dolorosas para o indivíduo, repercutindo na necessidade de atuação dos profissionais capacitados para o desenvolvimento da prática de ressignificar o morrer. Importante considerar que a morte tem significados diferentes para cada pessoa, pois é algo ameaçador, um assunto ainda longe das pautas de conversações entre aqueles

que respiram e aspiram à vida. Deste modo, muitos profissionais da saúde sentem-se despreparados para o “estar ao lado”, devido não suportarem sua impotência diante desta hora inevitável (MOCELIN et al., 2014; FARIA; FIGUEREIDO, 2017; LIMA; ANDRADE, 2017; FERREIRA; NASCIMENTO; SÁ, 2018; MENDES et al., 2020).

2.4 LUTO POR COVID-19

O vírus SARS-CoV-2 afetou o mundo inteiro e milhares de pessoas morreram em decorrência dessa pandemia. Para os familiares e amigos dessas pessoas, as perdas são irreparáveis e, para lidar com isso, precisarão de muito apoio e empatia. O respeito ao processo de luto é uma das possíveis formas de cuidado para com essas pessoas, visto que é um processo que exige uma sensibilidade e uma sutileza muito grande, pois cada um pode desenvolvê-lo à sua maneira, de forma bastante singular. Essa singularidade pode também ser percebida nas formas como o luto é visto, a depender do momento histórico e da cultura de cada um, uma vez que, cada sociedade estabelece os códigos culturais aceitáveis para o estabelecimento de rituais fúnebres de seus entes queridos, que envolvem desde cerimônias de despedidas, homenagens, até modos diversos de tratamento dos corpos, como o enterro ou a cremação. O luto é um processo natural diante da perda de alguém ou do rompimento de um vínculo (FIOCRUZ, 2020).

Durante uma pandemia como a vivenciada, em que de um momento para o outro, o mundo que se conhecia não é mais familiar entrou-se em confinamento e os dias ficaram mais longos. No entanto, o distanciamento social tornou-se uma recomendação extremamente necessária para conter o COVID-19, reduzindo ao máximo número de infectados e para isolar as pessoas com sintomas. Essa medida foi importante também para conter a sobrecarga do sistema de saúde e outros impactos sociais. Em contrapartida, esse distanciamento tem também fragilizado alguns vínculos que antes eram estabelecidos pessoalmente, como em muitos eventos que foram adiados ou cancelados, e daí a impossibilidade de nos reunirmos para as celebrações e rituais que podem ter bastante significado para algumas pessoas (ALMEIDA, 2020),

Esses impedimentos intensificaram ainda mais alguns sentimentos diante da impossibilidade de vivenciar os últimos dias de vida com um ente querido acometido por esse vírus. Frente a esse contexto, surge a importância da reinvenção de formas

de realizar rituais de despedidas e homenagens. Diante da impossibilidade do conforto físico de amigos e familiares devido ao distanciamento, e de não poder realizar velórios e funerais tal como são feitos tradicionalmente, muitos manuais têm sugerido formas alternativas com o intuito de amenizar a dor e o sofrimento dos enlutados, uma vez que o amor e o carinho podem ser expressos de várias formas (ALMEIDA, et al. 2020; FIOCRUZ, 2020; SÁ-SERAFIM; DO BU, LIMA-NUNES, 2020)

Retomar o antigo costume de escrever cartas pode ser uma alternativa que demonstra muito afeto, e há também a possibilidade dessas cartas serem virtuais, seja por e-mail ou por outra rede social. Eventos virtuais também têm sido marcados por algumas plataformas de reuniões online como, por exemplo, missas de sétimo dia, rito muito comum realizado por igrejas católicas, e outros eventos religiosos. As limitações nos rituais de despedida têm feito com que as pessoas se utilizem de formas mais criativas para homenagear os mortos. Um projeto chamado Inumeráveis, idealizado pelo artista Edson Pavoni, é um memorial dedicado à história de vítimas do coronavírus no Brasil. As homenagens são prestadas no site do projeto e nas redes sociais (ALMEIDA, 2020).

Uma dimensão importante a ser considerada é que as mortes causadas pelo novo coronavírus trouxeram algumas características particulares que, assim como em outros contextos de crise, puderam interferir no luto das pessoas envolvidas. Devido ao contexto de pandemia e suas especificidades de contágio, as mortes foram mais frequentes do que aquelas com as quais estamos acostumados a lidar, podendo ocorrer abruptamente e demandando rituais díspares do que aqueles com os quais as culturas estavam familiarizadas. Outra implicação é que, devido ao isolamento, a presença junto ao paciente infectado e até mesmo os ritos de despedida, ações integrantes do processo de luto não puderam ser realizadas por seus entes queridos como habitualmente faziam .

Nesse contexto apresentado, as possibilidades são aumentadas para o desenvolvimento de um luto complicado, ou seja: quando o processo de luto se dá de forma mais intensa e duradoura do que o esperado, por não ter conseguido processar a situação nem se despedir de forma que lhe permita ter um senso de realidade e concretude (BRASIL, 2020).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Visando conhecer a terapêutica utilizada por profissionais do CAPS no que compreende o processo de luto de familiares vítimas do COVID-19, a escolha metodológica para este estudo foi por uma abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (1993), não tem preocupação em apresentar números.

[...] mas de lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional que pode ser apreendida através do cotidiano da vivência, e da explicação do senso comum. (MINAYO, 1993, p. 11).

A pesquisa qualitativa é a mais adequada para este estudo, uma vez que proporciona a compreensão e interpretação dos sentidos e dos significados relacionados ao sujeito e ao fenômeno (TURATO, 2011).

Sob a luz desta abordagem é fundamental que o pesquisador aprenda a observar e analisar as interações reais entre as pessoas e o sistema em que ela está inserida. Em tal perspectiva, essa abordagem constitui uma interpretação das falas e expressões dos sujeitos e, não somente uma decodificação de dados, considerando-se que para a compreensão do objeto de pesquisa necessita-se compreender o contexto ao qual está inserido (MINAYO, 2007).

Entre os métodos de análise qualitativa, a escolha foi pela pesquisa exploratória e descritiva que, de acordo, com Triviños (1987), a pesquisa exploratória é um método de análise que visa uma melhor compreensão da situação problema para o pesquisador.

Trata-se de um método que permite o aprofundamento do estudo em todo seu limite, dentro de uma realidade específica, o que possibilita ao pesquisador, encontrar os elementos necessários, através do contato com uma determinada população, para a obtenção de seus resultados. Ainda para Triviños (1987), os estudos descritivos do tipo exploratório possibilitam, muitas vezes, o surgimento de outros problemas de pesquisa, que podem conduzir a outras linhas de investigações.

Entende-se, por pesquisa, a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade, sendo a pesquisa a principal propulsora que alimenta a atividade de ensino na atualidade. O que justifica que embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação, ou seja, nada por ser intelectualmente um

problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática. (MINAYO, 2001).

Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento metodológico, que constitui de um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por questões norteadoras que possibilita maior flexibilidade no decorrer da entrevista. Ainda com Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é caracterizada como uma importante estratégia para coleta de dados de uma pesquisa científica, pois permite ao pesquisador entender e conhecer melhor a subjetividade do seu objeto de estudo.

As respostas pretendidas pelos profissionais fazem parte de um todo que buscou identificar quais manejos terapêuticos foram utilizados no processo de luto e se realmente faz-se uso de uma terapêutica específica.

3.2 CONTEXTO SOCIAL DO ESTUDO

Como elementos basilares de direcionamento quanta a escalação do contexto social para a realização de uma pesquisa são: o local, os sujeitos e as atividades que estes realizam, todos os elementos devem estar conexos com o problema da pesquisa (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007)

Sendo assim, o local deve ser aquele em que ocorre o fenômeno em estudo, e que possibilite a entrada do pesquisador; os sujeitos devem ser aqueles que vivenciam o fenômeno e as atividades que executam devem ser aquelas direcionadas ao fenômeno, sejam elas nas suas diferentes ocorrências.

Outrossim, o contexto social deste estudo trata-se de um serviço ambulatorial que trata transtornos mentais Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, local esse que se insere os profissionais no cenário do cuidado ao sofrimento mental e o manejo de atendimento as demandas do luto como sofrimento, a cidade em que o estudo foi realizado é uma cidade de pequeno porte, localizada no interior do estado de Rondônia, na região Norte do Brasil e Amazônia Legal.

Hoje a saúde deste município conta com uma Unidade do Centro de Atenção Psicossocial que é classificado com CAPS II, que conta com uma equipe composta por Médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, pedagoga, técnica de enfermagem, motorista, 4 agentes administrativo e uma gestora. A unidade funciona de segunda a sexta feira, das 7:00 às 17:30 horas. Atende toda a população do município por demanda espontânea em caso de pacientes usuários de álcool e outras

drogas, assim como pacientes com risco iminente de suicídio, as demais demandas são referenciadas pelas unidades básicas de saúde.

Neste contexto social, foi descrito parcialmente as características da unidade em que o estudo foi realizado, assim como as características do serviço em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa, para preservação e sigilo da identidade tanto da unidade quanto dos profissionais participantes.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A unidade selecionada, não por acaso, firmou-se pelo entendimento da autora em reconhecer que o local era o que mais se apresentava no eixo da demanda escolhida para tratamento de saúde mental, no Município.

A amostra utilizada nesta pesquisa foi intencional e composta por profissionais que atuaram na unidade no período pandêmico no que se refere ao acolhimento e atendimento ao paciente em sofrimento mental. O critério de escolha foram os profissionais: médica, gestora da unidade, enfermeiro e psicóloga, pois no momento atual eram os componentes que ainda continuavam realizando o serviço na unidade.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Uma das técnicas bastante empregadas para a coleta de dados são as entrevistas. A literatura divide entre entrevistas estruturadas, semiestruturadas e não estruturada. No entanto para Trivínos (1987), a entrevista semiestruturada:

[...] é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVINÓS, 1987, p. 174).

Para tanto, foi utilizada para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, uma vez que possibilitaria ao entrevistador falar sobre o tema proposto, sem ter as respostas já fixadas pelo entrevistador.

Esse tipo de entrevista permite maior flexibilidade, profundidade e reflexão durante a abordagem das respostas. Além disso, valoriza a presença do pesquisador, o que proporciona maior espontaneidade e liberdade ao sujeito da pesquisa, bem como parte de questionamentos essenciais, apoiados em teorias pertinentes acerca do tema abordado, o que pode apresentar um vasto campo de questionamentos, oriundos de novas hipóteses à medida que o pesquisador vai obtendo as respostas dos sujeitos (MINAYO, 2007).

Para validação do instrumento, as perguntas sociodemográficas bem como as norteadoras foram levadas aos profissionais que atuam na área de psicologia. Eram 3 profissionais que já atuaram na docência do ensino superior, entre 10 e 15 anos de experiência em clínica.

Entre os profissionais escolhidos para validar o instrumento o que mais foi considerado é a atuação com o tema da pesquisa, e principalmente com a atuação na pandemia. Duas profissionais foram bem atuantes no período de 2020 e 2021 em consultórios particulares, já o terceiro profissional foi mais atuante na questão do luto no ambiente público, porém o que levou as pesquisadoras a propor a validação por esses profissionais, foi justamente a atuação na questão do luto e principalmente a atuação no momento pandêmico.

Os profissionais receberam os questionários com as questões a serem apresentadas aos entrevistados, das questões inseridas tanto na parte A quanto na parte B todos os profissionais consideraram pertinentes e compreensivas para a proposta do tema e entendimento dos entrevistados.

Nas questões sociodemográficas, foi levantada a questão; qual sua religião, por entender que essa questão poderia trazer algum sentido no tratamento dispensado ao paciente, visto que, Cardoso et al. (2020), o momento de pandemia o mundo esteve sofrendo um grande luto com a perda de milhares de pessoas, nos dias normais era de costume a realização de velórios em templos religiosos para a última despedida e entrega daquele corpo e alma de acordo com cada cultura, esse ritual é considerado de suma importância, pois as pessoas podiam ter o apoio e conforto uma das outras, se sentiam amparadas espiritualmente e recebiam ajuda para lidar com seus sentimentos e emoções. Na ausência dos cerimoniais fúnebres por conta do grande risco de infecção com o COVID-19 tornou-se mais difícil conhecer psicologicamente a perda.

A testagem do instrumento de entrevista foi realizada durante o mês de abril de 2023, por 3 profissionais que atuam em saúde mental, cabe salientar que os profissionais que participaram da testagem do instrumento, não foram incluídos como participantes do estudo.

Fazendo uso desta metodologia foram entrevistados quatro (4) profissionais do CAPS II deste Município.

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada abordou cinco questões:

- Discorrer sobre o processo de morte e luto;
- Compreender a saúde mental como parte integral da saúde do indivíduo;
- Investigar quais dispositivos são utilizadas para prestar assistência no processo de luto aos familiares de pacientes que vieram a óbito por COVID-19 no município em questão.

Os dados coletados foram analisados qualitativamente utilizando-se o método de análise de conteúdo e a técnica de categorização das respostas proposto por Bardin (2007).

3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados

A coleta de dados da pesquisa foi iniciada após a autorização do Comitê de Ética e a realização do exame de qualificação. A abordagem aos profissionais pesquisados ocorreu durante os meses de Maio e Junho de 2023.

Foram utilizados para a coleta dos dados da presente pesquisa os seguintes materiais:

- Termo de consentimento livre e esclarecido: apresentado aos participantes através de leitura na íntegra, passando as informações como objetivos e demais procedimentos da pesquisa, o mesmo assinado pelos participantes declarando ter recebido as informações pertinentes ao estudo dando seu consentimento (Anexo II);
- Questionário sociodemográfico (parte A da entrevista): respondido pelos participantes para coleta de dados como idade, religião, formação, tempo de atuação no serviço de saúde mental e tempo de atuação no CAPS II daquele Município (Anexo III);

- Roteiro de entrevista (parte B da entrevista): instrumento elaborado previamente pelas pesquisadoras e validado pelos profissionais já mencionados, composto por seis perguntas norteadoras da pesquisa, construídas de forma a atingir os objetivos da pesquisa (Anexo III);
- Gravador de Voz Fácil versão 2.8.4 (App instalado a partir do Google Play Store): utilizado para o registro dos dados em voz, para posterior transcrição dos dados.

O acesso aos participantes deu-se em dia e horário de trabalho, sob orientação das escalas informada pela gestora da unidade.

No momento da entrevista, os profissionais foram informados em linguagem clara, sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da mesma e as questões éticas envolvidas. Após o profissional aceitar participar da pesquisa, foram realizados esclarecimentos quanto ao seu sigilo. Foi disponibilizado aos participantes uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TLCE após ciência e assinatura do TCLE os profissionais foram entrevistados dentro da própria unidade de serviço, conforme horário e disponibilidade estabelecidos por cada profissional.

Após a ciência e aceitação de participação deu-se início as entrevistas com os profissionais.

As entrevistas foram compostas por seis perguntas norteadoras descritas, as quais, após o consentimento do participante, foram gravadas, cada entrevista teve duração mínima de 3 minutos e máxima de 9 minutos o que dependeu da argumentação de cada participante.

O roteiro de entrevistas constituiu-se de seis perguntas norteadoras, a saber:

- 1) Como ocorreu o cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial CAPS - em tempos do COVID-19?
- 2) Houve procura específica de pacientes vivenciando o luto por perdas de familiares acometidos pelo COVID-19?
- 3) Quais estratégias foram utilizadas para manejo terapêutico dessa população?
- 4) Quais os principais desafios enfrentados para que existisse uma continuidade no cuidado psicossocial aos usuários desse serviço?
- 5) Um dia específico para lidar com essa demanda (luto) seria interessante no CAPS?

6) Qual sua sugestão para um atendimento específico para essa demanda?

As entrevistas foram gravadas e o motivo da gravação portou-se em, posteriormente essas respostas serem transcritas na íntegra e categorizadas durante a elaboração dos resultados desta pesquisa.

3.5 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

Em consonância com a metodologia proposta para esta pesquisa, todas as entrevistas realizadas foram analisadas minuciosamente mediante a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016) num processo de leitura flutuante, onde, primeiramente as respostas foram transcritas e analisadas detalhadamente para criação e desmistificação das respostas, utilizando-se a técnica de categorização.

As informações coletadas foram analisadas separadamente e, posteriormente, analisadas qualitativamente utilizando a compreensão crítica do conteúdo das falas que possibilitaram a descrição do conteúdo manifesto pelos sujeitos pesquisados e posterior interpretação.

Após a realização da entrevista, os dados obtidos através da coleta das respostas, seguiram uma ordem específica e constituem o *corpus* desta pesquisa. À medida, que realizava a transcrição do material de forma digital, organizava-os, de acordo com a sua origem e/ou fonte entrevistada, com o intuito de organizar de forma estruturada os aspectos importantes para realização das próximas fases da pesquisa.

O método de análise de conteúdo preocupa-se em articular o desejo de rigor e precisão científica com a necessidade de descobrir, ir além das aparências (BARDIN, 1977). Para a autora, a análise de conteúdo pode ser entendida como conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens de seus participantes.

A análise de conteúdo é constituída por três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (inferência e interpretação) (BARDIN, 2011)

A *primeira fase* é chamada de pré-análise, e pode ser identificada como uma fase de organização envolvendo a leitura “*flutuante*”, em que acontecerá o primeiro contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a

formulação de hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que irão orientar a interpretação e a preparação formal do material. (CÂMARA, 2013).

Durante esta fase ocorreu o primeiro contato com o material obtido e que foi submetido à análise. As informações foram organizadas de forma a identificar os indicadores que fizeram a orientação para interpretação e preparação formal do material.

Nessa etapa, foi necessário realizar uma leitura linear, repetida e exaustiva dos textos organizados, através de uma leitura horizontal e repetida dos textos, em seguida, foram realizadas as anotações, identificando a semelhança entre as palavras que foram utilizadas durante o processo de coleta das respostas.

A *segunda fase* foi a exploração do material, inicia-se com a transcrição das respostas da entrevista semiestruturada que constituiu o corpo desta pesquisa.

Durante a execução desta fase é importante obedecer às regras de *exaustividade* devendo-se utilizar a totalidade da comunicação sem omitir nenhum dado; *representatividade* representar o universo da amostra; *homogeneidade* em que os dados devem refletir-se ao mesmo tema e serem obtidos por técnicas iguais colhidos de indivíduos semelhantes; *pertinência* os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e ao objetivo da pesquisa e *exclusividade* os elementos não devem ser classificados em mais de uma categoria (CÂMARA, 2013).

Nesta fase ocorreu a busca pelas palavras, sentenças ou parágrafos representativos de uma ideia, de uma prática ou de um determinado evento que estivesse relacionado aos objetivos deste estudo, sempre buscando compreender sobre a terapêutica utilizada no manejo do luto, para assim formar as categorias dispostas no item 4.2.

Segundo Godoy (1995), a análise de conteúdo, de acordo com a perspectiva de Bardin (2011), consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em diversos discursos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte.

Bardin (2011) sugere que a partir do procedimento de análise do conteúdo, o material obtido seja codificado produzindo um sistema de categorias, cujo objetivo é fornecer por condensações uma representação simplificada dos dados brutos, ou seja uma classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e em seguida por reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente estabelecidos.

Os temas foram agrupados, conforme definidas as categorias e essas foram separadas em quadros matriciais, pressupostos por Bardin (2011).

3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

Os riscos são mínimos, uma vez que estão relacionados à possibilidade de vazamento dos dados coletados e exposição dos entrevistados, porém as informações serão mantidas em total sigilo conforme esclarecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pela pesquisadora do projeto.

Os benefícios apresentados por esta pesquisa estão relacionados à possibilidade da contribuição para a sociedade e profissionais que conhecerão a proposta de atuação da equipe, porém não haverá benefício direto aos participantes da pesquisa.

3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

A pesquisa encontra-se de acordo com os aspectos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e atende, portanto, as diretrizes que regulamentam a pesquisa em seres humanos (ANEXO I – CARTA DE APROVAÇÃO).

A abordagem dos sujeitos e amostras que foram coletadas para desenvolvimento da pesquisa está pautada nas normas contidas na Resolução 196/96 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido aos participantes informações, em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem como informados sobre o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi solicitado assinatura dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

A pesquisa só foi realizada mediante assinatura da Carta de Anuência (Apêndice II) pela responsável Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, proponente e conforme aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou danos aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tenha os mesmos propósitos ou apresente superioridade metodológica. As situações pontuadas não ocorreram, permitindo, portanto, a realização de todas as etapas deste estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados alcançados por meio das entrevistas, assim como a categorização das respostas obtidas, através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2016).

As discussões foram realizadas sob a luz do referencial teórico proposto para esta temática.

4.1 ANÁLISE DO CONTEÚDO

Buscando alcançar o objetivo proposto, os textos resultantes das falas dos participantes, foram agrupados conforme os sentidos que apresentavam. Estes foram divididos entre as categorias, considerando as palavras e/ou as frases que apareceram de forma repetitiva durante as respostas dos entrevistados.

Após identificar as categorias analíticas, construiu-se uma interpretação com base na integração das unidades de sentido, que foram discutidas e justificadas por meio de conceitos interpretativos encontrados na literatura acerca do tema.

Desta forma, os dados foram organizados e apresentados no formato de discurso corrido para melhor compreensão das respostas e categorias as quais pertencem, analisados e discutidos sob a luz do referencial teórico que envolve a temática.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As características sociais dos participantes da pesquisa e a forma como eles serão denominados, estão resumidas logo abaixo no quadro 2:

Quadro 2: Demonstrativo das características sociais dos participantes.

PARTICIPANTE	IDADE	RELIGIÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO SERVIÇO SAÚDE MENTAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAPS II DESTE MUNICÍPIO
Rio Jamari	68 ANOS	CATÓLICA	25 ANOS	20 ANOS
Rio Madeira	58 ANOS	CATÓLICA	18 ANOS	18 ANOS
Rio Machado	44 ANOS	SEM RELIGIÃO	7 ANOS	6 ANOS
Rio Canaã	39 ANOS	CATÓLICA	5 ANOS	5 ANOS

Fonte: Compilado da autora. Dados resultantes das entrevistas com os profissionais do CAPS II de um Município do Interior de Rondônia (2023).

No intuito de preservar as identidades dos participantes, conforme atestado no TCLE, estes receberam nome de rios que fazem parte da hidrografia do Estado de Rondônia localizado na Amazônia Legal.

4.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS

Tendo como objetivo do estudo compreender a forma terapêutica que foram tratados familiares que passavam pelo processo de luto, com a perda de familiar vitimados pelo COVID-19, a autora tentou buscar a compreensão dessa terapêutica e se teria alguma alternativa para lidar somente com essa demanda, o luto, no CAPS.

A categoria de análise observada na pesquisa foi: “Terapêutica ao Enlutado”, e a partir desta categoria foi possível obter duas subcategorias para análise, denominadas: Terapêutica e Proposta. Essas categorias foram construídas a partir das unidades de sentido selecionadas na etapa de análise. O que deixa evidenciado pela fala dos entrevistados que eles relatam o acolhimento bem como deixam evidenciado que eles veem uma proposta de atendimento da demanda questionada, no caso o luto.

4.3.1 Compreendendo a Subcategoria “Terapêutica”

A expressão terapêutica, cada vez mais frequente na linguagem médica justifica-se pelo fato de que é dever do médico, após identificar a doença, propor ao paciente o tratamento que ele (médico) considera mais adequado naquele momento e naquelas circunstâncias, levando em conta aspectos clínicos, cujo foco costuma ser

a lesão ou a disfunção, ao lado de outros aspectos, que não podem ser esquecidos, como operacionais, éticos, legais, socioculturais, financeiros e econômicos. O paciente, por sua vez, tem o direito de aceitar ou não a proposta. Esta é a lógica do princípio da autonomia (PORTO, 2020).

De acordo com a OMS os transtornos mentais aumentaram consideravelmente em tempo de pandemia pelo COVID-19, foi extenso o número de pessoas acometidas por algum sofrimento mental.

Vivências de luto também são consideradas sofrimento e segundo a própria OMS a saúde não se define apenas como ausência de doença, mas com o bem-estar completo do ser humano, e isso envolve diversos aspectos, como físico, mental, bio, psico e eco espiritual.

Durante a pesquisa, na entrevista, ao serem indagados como ocorreu o cuidado com os pacientes assistidos pelo CAPS, foi possível notar, que alguns dos profissionais sentiram que o público foi assistido e outros não, alguns mencionaram novas modalidades de assistir, como a modalidade remota, por exemplo.

[...] mesmo em tempo do COVID-19 os pacientes não ficaram desassistidos. (Rio Jamari)

[...] na época da pandemia o CAPS funcionou de forma ambulatorial, mas de forma on line. Pacientes que necessitavam de trocas de receitas eram renovadas e eram entregues na própria residência do paciente..., mas nenhum paciente ficou desassistido (Rio Canaã)

[...] aqui no CAPS nós permanecemos abertos atendendo as urgências e emergências, porém com limitações, evitando ao máximo contato direto com o paciente... (Rio Machado)

[...] no começo foi tudo muito apavorante... eu tinha muito medo de contrair COVID-19 e as famílias dos pacientes também tinham esse medo... no início atendíamos só as urgências [...] na verdade eu acredito que eles (pacientes) ficaram foi desassistido... (Rio Madeira)

Olhando por esse prisma, confirma-se o que Sammos et al. (2020), ao descreverem como não nova modalidade de atendimento, mas o atendimento de forma remota surgida nos anos de 1979, fora do Brasil, onde já era realizados esses atendimentos por via telefônica, que pode sim haver uma efetividade e uma eficácia nesse tipo de atendimento.

Medeiros et al. (2021), afirmam que o atendimento realizado de forma remota foi uma maneira de atendimento, ainda que causasse receio, foi uma solução para o momento pandêmico, haja visto, a imposição do afastamento e isolamento social serem um importante fator para a diminuição da propagação do COVID-19, porém afirmam, que mesmo após a pandemia, seria um recurso que viria de forma positiva para aproximação ainda maior de paciente e profissional.

Observando a prática utilizada, é possível observar a legitimidade da utilização, conforme a fala a seguir:

Até 2019, a prática da telemedicina era regulamentada pelo CFM com base na Resolução nº 1.643/2002, que a define como o “exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde” (Art. 1º). Essa Resolução não traz qualquer descrição de modalidades. Em 6 de fevereiro de 2019, o CFM estabeleceu a Resolução nº 2.227/2018, que permite aos médicos realizarem consultas on-line, assim como tele cirurgias e telediagnóstico, entre outras formas de atendimento médico à distância. Em 22 de fevereiro do mesmo ano, essa Resolução foi revogada, tendo o CFM alegado um alto número de propostas encaminhadas por médicos para alteração dos termos da Resolução nº 2.227/2018 e necessidade de tempo para a sua pneumonia, com a prática da telemedicina voltando a ficar subordinada aos termos da Resolução nº 1.643/2002 (SILVA et al., 2020.pg.58).

Os entrevistados, quando indagados sobre: Qual dificuldades para os pacientes darem continuidade ao tratamento? Eles apresentam em seus discursos, formas de se expressarem diferenciadas, porém atrelados a mesma resposta, quando relatam:

[...] aderir ao próprio tratamento “aceitar” e a falta de suporte familiar (Rio Jamari)

[...] mudança de endereço, morte, processo de luto, falta de matriciamento. (Rio Canaã)

Todos tinham medo, nós aqui tínhamos medo, os pacientes tinham medo [...] porém o que podíamos fazer para dá continuidade era não deixar esses pacientes sem a medicação (Rio Machado)

[...] falta de informação, comorbidades associadas [...] medo de contrair o COVID-19... (Rio Madeira)

Quando se fala em tratamento aos portadores de transtornos mental, é fácil fazer uma comparação com o tratamento dispensado aos pacientes antes e após a Reforma Psiquiátrica, onde o cuidado era hospitalocêntrico e de forma totalmente

medicamentosa e desumana, quando castigos físicos eram corriqueiros, além da privação de liberdade (VENTURA, 2012). Analisando essa fala, compreender que o abandono do tratamento seria pertinente é muito válido, mesmo que o portador fosse obrigado a permanecer no tratamento.

Diante esse relato, os autores supracitados, através de estudo realizado nos anos de 2007, associam o abandono do tratamento de pacientes atendidos em um CAPS, que a falta de adesão ao tratamento, é uma das causas mais evidentes de evasão dos pacientes.

Concordando com essa realidade, outro estudo realizado para uma dissertação de mestrado, refere que a falta de continuidade ao tratamento de usuários de um CAPS é a própria dinâmica cotidiana do paciente (PESSOA, 2019). O que vem ao encontro com uma das falas do entrevistado.

Não obstante, a família é característica do laço afetivo que os fortalece a continuidade do tratamento em um CAPS, bem como o acolhimento do local e dos profissionais. Ofertar atendimento empático e com uma estrutura favorável ao desempenho de atividades dinâmicas, torna-se um diferencial que agrega e cativa o paciente na instituição (ASSUNÇÃO et al., 2020).

Diante desse retrato de pesquisas é claro e evidente que os laços familiares são importantes fatores que contribuem para aderência ao paciente no tratamento ofertado pelo CAPS, e que além da família, estratégias que possibilitem a permanência do usuário no CAPS, são valorosas por parte da equipe que compõe o cenário.

4.3.2 Compreendendo a Subcategoria “Proposta”

O CAPS é instituição que trabalha com paciente com transtornos graves e persistente. Embora o luto não seja um transtorno mental, mas ele é um processo que causa sofrimento, e todo sofrimento pode-se evoluir para um luto complicado, o que caracteriza com transtorno mental. A pesquisa leva justamente a essa temática, e ao serem questionados se houve procura de enlutados pela perda de entes queridos pelo COVID-19, podemos ver divergências nos entrevistados. Bem como quando se é indagado qual a terapêutica utilizada para esses pacientes:

Não houve pacientes. Não houve terapêutica. (Rio Jamari)

[...] Sim. Tiveram vários pacientes que procuraram...apesar de estarmos com o atendimento remoto [...] nossa psicóloga sempre acolhia. Não tivemos uma estratégia específica [...] a psicóloga orientava que o processo de luto seria competência da atenção primária... ele (paciente) fugia do nosso público-alvo...
(Rio Canaã)

Sim. Tiveram vários, inclusive crianças que perderam os pais [...] aqui a gente não atende crianças, mas a princípio a gente teve que dar um suporte nesse sentido também. O que a gente procurou fazer. Então, a gente não deixava de fazer receitas, para os pacientes não ficarem de jeito nenhum sem as medicações. A gente fazia as receitas ou entregava nas casas ou deixava separado aqui para o familiar vir buscar, tudo com horário marcado para não acontecer tumulto, essas coisas.(Rio Machado)

[...] Sim. E não só os usuários do CAPS, mas da população em geral, pois a população estava toda desassistida por falta de psicólogos para os pacientes e familiares que estavam com covid, tanto é que, quando teve uma votação na câmara municipal e que foi pedido que na lista de funcionários emergências que estavam sendo contratados para atender a demanda do covid, foi pedido que tivesse a contratação de psicólogos, mas a câmara negou. Daí todos os pacientes começaram a vir para o CAPS, mas não era uma demanda do CAPS, então também não foram assistidos aqui no CAPS. [...] acolhíamos, orientávamos, mas encaminhávamos para a secretaria de saúde, pois não tínhamos condição de atender a demanda CAPS e a demanda externa. (Rio Madeira)

O luto é um processo natural, caracterizado pelo sofrimento e pela saudade, normalmente desencadeado pela perda de algo ou alguém. Qualquer situação atrelada a um vínculo afetivo e que por algum motivo leve à perda, pode desencadear o luto. Mas esse processo pode se tornar um transtorno quando se estende por longos períodos, causando uma dor constante, onde a pessoa se torna incapaz de restabelecer sua vida de maneira funcional.

Desde o ano 2022, o luto prolongado passou a ser considerado um transtorno mental na nova versão do manual de diagnósticos de transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA) e na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para o cuidado e desempenha papel fundamental na abordagem dos Transtornos Mentais, principalmente os leves e moderados, não só por sua capilaridade, como também por conhecer a população, o

território e os determinantes sociais que interferem nas mudanças comportamentais (BRASIL, 2022).

Onari (2011), afirma que a ESF utiliza da melhor ferramenta a ser utilizada para atender famílias enlutadas, ferramenta essa que é descrita como: profissionais dispostos a ouvi-las.

A abordagem centrada na família, é uma ferramenta usada como estratégia para atender essas famílias, já que, se concentra em atender os mais diferentes problemas, pois dotada de compreensão, se insere no contexto em que essa família se encontra (ROSÁRIO et al., 2019).

Concordando com os autores, Santos et al. (2016), relata que é difícil uma família que passa pelo processo do luto, muitas das vezes quebrando elos afetivos, desentendimentos aos que continuam unidos e enfrentar toda essa mudança é um tanto quanto desgastante, nisso se insere o contexto do atendimento à saúde mental na atenção primária, também, pois ali encontra-se uma equipe preparada para acolher essa família durante esse momento.

Sabendo que o CAPS é a referência para tratamento em Transtornos mentais, justificando-se que o processo do luto não se trata de um transtorno grave, quando perguntado aos entrevistados se eles acreditam que possa existir uma estratégia para atender essa demanda (família enlutada) pode-se observar convergência em todas as falas:

[...] seria importante, assim, quem se interessasse fazer os grupos de terapia. Grupos terapêuticos. (Rio Jamari)

[...] eu aposto ainda nas políticas públicas voltadas pra saúde mental e um ambulatório meio termo, a atenção primária encaminha pro ambulatório de saúde mental que detectou que ele é um paciente com transtorno severo e persistente, então encaminharia para o CAPS. Então eu penso nesse formato de trabalho... (Rio Canaã)

[...] eu acredito que o CAPS não seria o local ideal, mas um Ambulatório de Psiquiatria e Saúde Mental [...] as pessoas com esses transtornos mais leves, se sentem até desconfortáveis de estarem aqui no CAPS, por isso eu acredito que o ambulatório com atendimentos médicos, psicológicos, enfermeiros... um ambulatório para essas doenças entre aspas, mais leves (Rio Machado)

[...] não sei [...], mas realização de oficinas onde falassem de vida e automaticamente aceitação da morte (Rio Madeira)

Quando nasce a psiquiatria, por volta do século XVIII, com seu precursor, Phillip Pinel, praticamente todo e qualquer tratamento ofertado ao usuário portador de algum distúrbio mental era realizado num contexto hospitalocêntrico, baseado em tratamento curativo, privações, tanto de liberdade quanto de pensamentos, desvinculado da base familiar. Foi somente ao findar a segunda Guerra Mundial, que diversos movimentos em prol de uma Reforma Psiquiátrica, e com a criação dos Direitos Humanos, foi que a sociedade se voltou mais firmemente para um cuidado digno e humanista. (AMARANTE, 2007).

A menção ao ambulatório de saúde mental nos dias de hoje parece entoar uma melodia ultrapassada. De fato, pouco se ouve a respeito do trabalho desenvolvido nestes dispositivos. Paira no ar certo silêncio, por vezes uma má impressão e talvez mesmo um desconhecimento a seu respeito. É muito comentado sobre o CAPS, a ESF, os hospitais, o matriciamento. Porém, pouco se menciona sobre os Ambulatórios de Saúde Mental (DAMOUS; ERLICH, 2017).

O formato do ambulatório de saúde mental, revela-se uma estrutura centrada no nível de atenção secundária, oferecendo fundamentalmente atendimento psicoterápico individual ou em grupo a todas as faixas etárias e exercendo uma função complementar à atenção básica e aos CAPS ao atuar, principalmente no caso de unidades erradas, como referência no matriciamento da rede de atenção em saúde mental e na capacitação de recursos humanos. A captura em localizar-se num nível secundário de atenção faz com que o ambulatório de saúde mental seja, na rede de cuidados, o dispositivo que oferece um cuidado especializado não previsto na atenção básica, de modo continuado e com possibilidade resolutiva.

É importante assinalar que, ainda que os CAPS também estejam na atenção secundária, contando com muitos especialistas, a clientela de ambos é distinta, tornando, assim, cada qual um equipamento de saúde a ser indicado conforme a avaliação da demanda. Desse modo, ainda que o profissional inserido no ambulatório esteja capacitado para o enfrentamento de risco clínico e psicossocial, a obrigatoriedade desse dispositivo, atravessado pelas políticas públicas, constitui-se de maneira limitada para acompanhar a clientela com graves transtornos psíquicos que necessitam de uma intensividade de cuidado, muitas vezes na frequência diária. Tais pacientes se beneficiariam mais de uma lógica CAPS de cuidado (FIGUEIREDO, 1997pg. 172).

Além disso, a oferta do ambulatório não se dirige ao acompanhamento de crises agudas, emergenciais, ainda que a partir destas situações possam ser recebidas e daí disparadas algumas ações (FIGUEIREDO, 1997).

Schmidt e Figueiredo (2009), discorrem sobre a função do ambulatório de saúde mental que articula, assim, fundamentalmente ao lugar secundário que o dispositivo ocupa na rede, oferecendo, no que lhe é particular, tratamento psicoterápico para quem se encontra em situação de sofrimento psíquico, levando em conta, sobretudo, o viés clínico.

Olhando pelo viés de atendimentos e manejo com o luto durante a pandemia da covid19, evidencia-se o despreparo dos profissionais em meio ao caos do inesperado, esse despreparo que muitos profissionais da saúde mental vivenciaram, trouxe consigo um suposto legado o qual só poderão ser notados com o passar dos anos (MALLOY-DINIZ, 2021).

Na verdade, ninguém fica preparado para perder um parente. Com a nova realidade, o luto pode produzir uma tristeza profunda que não pode ser aliviada, porque além da morte ser reversível, ela é vista como a separação definitiva entre o ente querido e os sobreviventes. O enlutado fica perdido diante da dor que desestrutura, necessitando de uma reorganização e reelaboração a uma nova realidade (PARKES, 1998).

Entendendo que o luto não configura em um transtorno mental, mas em um intenso sofrimento, que traz prejuízos em várias esferas da vida, o luto pelo COVID-19 trouxe também muito desespero por parte dos profissionais de saúde mental, que ao tempo que o medo se instalava a falta de discernimento com o que era o luto dito como saudável o que era o desespero o que era a ansiedade, tudo isso corroborou para que não houvesse um atendimento adequado aos enlutados.

Sunde e Sunde (2020) mencionam sobre os familiares terem enfrentado diversos e intensos desafios, tanto no período em que se afastaram de seus entes por motivos do próprio isolamento social, quanto no período em que esses eram internados nos hospitais para o tratamento do COVID-19. A falta da assistência psicológica e até mesmo um acolhimento de escuta por parte dos profissionais, acarretou no sofrimento ainda maior. O que reflete também no despreparo e falta do manejo adequado para lidar com o luto.

Vendo pelo prisma da ausência de manejo por parte dos profissionais em saúde mental, nota-se que a dificuldade em reconhecer os reais sintomas do luto e descarte de um transtorno mental instalado foi muito presente por parte dos profissionais, o que nos traz com clareza a fala de Cremasco (2021), onde a mesma aponta que o luto no

pandemia ficara ainda mais difícil de ser processado, tanto pelo enlutado que com o distanciamento e os atos funerários serem impedimento, quanto para os profissionais em saúde mental que receberam um volumoso número de pacientes enfrentando intenso sofrimento mental.

5 CONCLUSÃO

Ao término desse estudo, é notório observar que traz um grande potencial de mudança, mudanças essa que se tornaram perceptível na forma de olhar o luto com olhos mais profissional. Mostra-me relevância em abordar o tema de forma mais empática. As evidências puderam esclarecer que todo processo de luto tem suas fases, ora ditas como as convencionais (seguindo uma determinada escala) ora se confundindo em etapas que parecem não fazerem parte de um consenso, mas nem por isso deixa de ser um sofrimento e por algumas vezes tornar-se de difícil manejo.

A literatura mostrou que especialmente em tempo de pandemia do COVID-19 experienciar o luto foi complicado e assustador, tanto para o enlutado quanto para o profissional que assistia/acolhia esse usuário, pois lidar com uma demanda nunca vista antes, tornou-se desafio ainda maior, em especial aos profissionais do CAPS II do Município onde fora realizado a pesquisa, onde se viram limitados ao atendimento específico para a demanda, visto que, o afastamento social era fator primordial para que se minimizasse o contágio da doença repentina e muitas vezes mortal.

É evidenciado que os profissionais do CAPS II dessa cidade, buscam por algo que seja intermediário entre a unidade básica de saúde e o CAPS II, para a maioria dos profissionais entrevistados, um ambulatório de psiquiatria e saúde mental instalado no município seria necessário para aliviar a demanda que sobrecarrega a unidade, visto que, esse ambulatório passaria e seria o mais interessante para atender a demanda por exemplo, do luto e de outros transtornos considerados sem gravidade, o qual foge do público alvo do CAPS.

A falta de uma terapêutica específica para o enlutado de modo geral, demonstra quão fragilizados também estavam os profissionais de saúde mental da unidade, fica evidente que em momento de grande catástrofe o quanto esses profissionais se viram despreparados para o enfrentamento da grande demanda. Ao finalizar a pesquisa, nota-se que ainda existem poucos trabalhos que relatam sobre essa temática.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, A.K.M.A.; DIMENSTEIN, M., **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciênc. saúde coletiva 14 (1). Fev. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BOEMER, M.R. **O fenômeno morte: o pensar, o conviver e o educar**. Tese (Livredocência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1989.

BORGES, M. M.; JUNIOR, R. S. A comunicação na Transição para os cuidados paliativos: Artigo de Revisão. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 38, n. 2, p. 275-282, São José do Rio Preto/SP, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS) . A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2003

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** Brasília: Ministério da Saúde; 2004

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. v. 6, n. 2, p. 179-191, jul – dez, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2000.

CASTANHA, M. L. A. **(In)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 161 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, 2004

CONSOLIM, Leonardo. **O papel do médico na equipe de Cuidados Paliativos**. In: Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 1ª ed. 2009. p. 214-215.

CREMASCO. M. V. F. **Luto na pandemia covid-19 (entrevista com prof. dra. maria virgínia filomena cremasco)**. REV. Pluralidades em Saúde Mental, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 7-17, jun./jul. 2020

FARIA, T. N. T.; CARBOGIM, F. C.; ALVES, K. R., Palliative Care in an Intensive Therapy Unit: Perceptions of Nursing Professionals. **Revista de Enfermagem UFPE**. v. 11, n. 5. maio, Recife/PE, 2017.

FERNANDES, M. F. P.; FREITAS, G. F. Processo de Morrer. **Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. Org. ORGUISSO, T.; ZOBOLI, E. L. C. P. Barueri/SP: Manole, 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIRMINO, F. **Papel do Enfermeiro**. In: Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 1ª ed. p. 216-217, 2009.

FOLEY, K. M. The past and the future of palliative care. Improving end of life care: why has it been so difficult?. **Hastening Center Report Special Report**. v. 35, n. 6, p. 42- 46, 2005.

FRANÇA, J. R. F. D. S.; COSTA, S. F. G. D.; LOPES, M. E. L.; NÓBREGA, M. M. L. D.; FRANÇA, I. S. X. D. Importância da Comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na teoria Humanística da Enfermagem. **Revista latino-americano de enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 780-786, 2013.

GALRIÇA NETO, I. Princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos. In: BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.1-42, 2010.

GERRA, M. A. T. Bioética e Cuidados Paliativos na Assistência à Saúde. In: FORTES, Paulo Antônio de C. **Bioética e Saúde Pública**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, p. 149 – 160.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35, n. 4, p. 65-71, 1995.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**. v. 30, n. 88, p. 155 – 166, 2016.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, O. **Ethnography**: principles in practice. 3 ed. Londres: Routledge, 2007. 275 p.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2577 – 2588, 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-09, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1015/1140>.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: Desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

KÜBLER-ROSS; E. **A Roda da vida**. 5. ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.

KÜBLER-ROSS; E. **Sobre a morte e o morrer**. (P. Menezes, Trad.), São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969). 2000.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. (2007). **Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 2017, n.13, v.1, p.169- 190.

MACIEL, M. G. S. **Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos**. In: Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2ª ed. 2012. p. 31 - 41.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira**. *Rev. saúde pública*. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOLL MF, SILVA KJ, DIAS ER, VENTURA CA. **O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial**. *J Nurs Health*, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):18-27.

MOREIRA, L. M.; FERREIRA, R. A.; JUNIOR, A. L. C. Discussão de Protocolo para Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. **PAIDÉIA** (Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). v. 22, n. 53, p. 383-392, 2012

MULLAN, B.A.; KOTHE, E.J. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. **Nurse Education in Practice**. v. 10, n. 6, p. 374-378, 2010.

NORMAS ABNT 2023. Disponível em: <https://www.normasabnt.org/exemplos-das-referencias-pela-abnt/>

ORSINI, M.; OLIVEIRA, A. B.; REIS, C. H. M.; DE FREITAS, M. R. G.; CHIEIA, M.; AIRÃO, A. R.; PASSARO, C. P.; CARDOSO, A. L.; CHIAPETTA, A. L. M.; LEITE, M. A. A.; SILVA, J. G.; MENEZES, S. L.; CARVALHO, L. B. C. Princípios de compaixão e cuidado: A arte de tratar de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). **Revista Neurociências**, v.19, n.2, p. 382 – 390, 2011.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

PAPALÉO, N. M.; YUASO, D. R. Interdisciplinaridade em gerontologia: aspectos conceituais e objetivos. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, p. 149-62, 2007.

PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o contexto familiar: o papel do fisioterapeuta. **DUARTE, YAO; DIOGO, MJD Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. Ed. Atheneu, p. 11-43, 2000

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

SANCHO, M. G. **El hombre y el médico ante la muerte**. Arán Ediciones, 2006.
SAMMONS, M. T., VANDENBOS, G. R., & MARTIN, J. N. (2020).

Psychological practice and the COVID-19 crisis: A rapid response survey. Journal of health service psychology, 46, 51-57.

SCHAG, C.C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. **Journal of Clinical Oncology**. v. 2, n. 3, p.187-193, 1984.

SUNDE, R.M., SUNDE, L.M.C. **Luto familiar em tempos da pandemia da covid-19: dor e sofrimento psicológico**. Rev. Interfaces. v. (8). n. (3). 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p. 116-173, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **Palliative Performance Scale (PPSv2)**. Vol. 2004: Victoria Hospice Society; 2001.

VIDAL, M. A.; TORRES, L. M. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, v. 13, n. 3, p. 143-144, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and Palliative Care**. Geneva: WHO, 1999.

YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E. **Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care**. Oxford University Press, 2016.

KÜBLER-ROSS; E. **A Roda da vida**. 5. ed. Rio de Janeiro: Sextante; 1998.

KÜBLER-ROSS; E. **Sobre a morte e o morrer**. (P. Menezes, Trad.), São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969). 2000.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. (2007). **Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica**. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 2017, n.13, v.1, p.169- 190.

MACIEL, M. G. S. **Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos**. In: Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2ª ed. 2012. p. 31 - 41.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira**. *Rev. saúde pública*. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOLL MF, SILVA KJ, DIAS ER, VENTURA CA. **O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial**. *J Nurs Health*, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):18-27.

MOREIRA, L. M.; FERREIRA, R. A.; JUNIOR, A. L. C. Discussão de Protocolo para Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. **PAIDÉIA** (Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). v. 22, n. 53, p. 383-392, 2012

MULLAN, B.A.; KOTHE, E.J. Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. **Nurse Education in Practice**. v. 10, n. 6, p. 374-378, 2010.

NORMAS ABNT 2023. Disponível em: <https://www.normasabnt.org/exemplos-das-referencias-pela-abnt/>

ORSINI, M.; OLIVEIRA, A. B.; REIS, C. H. M.; DE FREITAS, M. R. G.; CHIEIA, M.; AIRÃO, A. R.; PASSARO, C. P.; CARDOSO, A. L.; CHIAPETTA, A. L. M.; LEITE, M. A. A.; SILVA, J. G.; MENEZES, S. L.; CARVALHO, L. B. C. Princípios de compaixão e cuidado: A arte de tratar de pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). **Revista Neurociências**, v.19, n.2, p. 382 – 390, 2011.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

PAPALÉO, N. M.; YUASO, D. R. Interdisciplinaridade em gerontologia: aspectos conceituais e objetivos. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, p. 149-62, 2007.

PERRACINI, M. R. A interprofissionalidade e o contexto familiar: o papel do fisioterapeuta. **DUARTE, YAO; DIOGO, MJD Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. Ed. Atheneu, p. 11-43, 2000

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**. v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

SANCHO, M. G. **El hombre y el médico ante la muerte**. Arán Ediciones, 2006.
SAMMONS, M. T., VANDENBOS, G. R., & MARTIN, J. N. (2020).

Psychological practice and the COVID-19 crisis: A rapid response survey. Journal of health service psychology, 46, 51-57.

SCHAG, C.C.; HEINRICH, R. L.; GANZ, P. A. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. **Journal of Clinical Oncology**. v. 2, n. 3, p.187-193, 1984.

SUNDE, R.M., SUNDE, L.M.C. **Luto familiar em tempos da pandemia da covid-19: dor e sofrimento psicológico**. Rev. Interfaces. v. (8). n. (3). 2020.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, p. 116-173, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

VICTORIA HOSPICE SOCIETY. **Palliative Performance Scale (PPSv2)**. Vol. 2004: Victoria Hospice Society; 2001.

VIDAL, M. A.; TORRES, L. M. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, v. 13, n. 3, p. 143-144, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and Palliative Care**. Geneva: WHO, 1999.

YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E. **Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care**. Oxford University Press, 2016.

ANEXO A

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS I NO PROCESSO DE LUTO POR COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE RONDONIA

Pesquisador: Juliana vendruscolo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64574222.8.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.822.515

Apresentação do Projeto:

As informações para elaboração do presente parecer foram elencadas nos campos: Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025297.pdf), TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLE_OK.pdf), Projeto Detalhado / Brochura Investigador (PROJETO_MILENA_INSERTAR_CEP.pdf), Cronograma (cronograma_milena.pdf), Declaração de Instituição e Infraestrutura (Aut_CAPS.pdf), Folha de Rosto (folha_de_rosto.pdf) e Outros (roteiro_entrevista_projeto.pdf, Aut_Cep.pdf e CARTA_ANUENCIA.pdf). Todos os documentos foram anexados na Plataforma Brasil em 21 de outubro de 2022.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores, o Objetivo Primário é: "Compreender o manejo terapêutico utilizado pelos profissionais do CAPS para entulados familiares vítimas de COVID-19". E os objetivos secundários: "Discorrer sobre o processo de morte e luto; Compreender a saúde mental como parte integral da

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6885 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cep@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Protocolo: 0.820.015

saúde do

indivíduo; e Investigar quais dispositivos são utilizadas para prestar assistência no processo de luto aos familiares de pacientes que vieram a óbito por Covid -19 no município de Ariquemes- RO*.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, com relação aos riscos, foi informado no documento PROJETO_MILENA_INSERTAR_CEP.pdf que: "Cabe salientar que os riscos da pesquisa durante a entrevista serão mínimos considerando que faremos perguntas sobre como são ou foram utilizadas de terapêuticas para atender um grupo em específico" e nos benefícios apresenta que: " Contribuição para a sociedade e profissionais que conhecerão a proposta de atuação da equipe", logo precisa apresentar que não terá benefícios diretos para os participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa avaliado é intitulado "ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CAPS II NO PROCESSO DE LUTO POR COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE RONDONIA." Será executado no CAPS de Ariquemes, considerado como CAPS II, pela aluna do mestrado ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS sob coordenação da Profa. Dra. Juliana Vendrúculo. Trata-se de uma abordagem qualitativa que utilizará a entrevista como forma de coleta de dados, em 6 profissionais de saúde do referido local. O instrumento de coleta de dados traz antes das 6 perguntas mencionadas no trabalho, alguns dados que não são mencionados no projeto, inclusive que podem caracterizar os critérios de inclusão e exclusão da amostra.

As pesquisadoras não mencionam como fará os registros dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto e Autorização do local da pesquisa devidamente preenchidas e assinadas.

Cronograma com prazos determinados e condizentes.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-300
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: carlica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.822.016

Projeto de pesquisa apresentado na íntegra.

Orçamento consta no projeto e no documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025297.pdf.

TCLE: este não consta os riscos e benefícios da pesquisa, precisam estar paginados, também precisa constar mais detalhes da participação da pesquisa, como tempo médio da entrevista, número de questões a serem respondidas, forma de registro dos dados e, por ser entrevista, caso tenha a gravação, a mesma precisa constar no TCLE sua autorização para isso. Ainda, no TCLE consta assinatura escaneada da "Pesquisa orientadora responsável", precisa ser assinado fisicamente ou apresentar assinatura digital e depois ser escaneado.

Recomendações:

Listadas tanto no item Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e também na lista de pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se apresentar no projeto de pesquisa que o mesmo não trará benefícios direto aos atuais participantes da pesquisa.

Precisa apresentar os critérios de inclusão e exclusão da amostra, para isso, utilizar os dados que constam no roteiro de entrevista e precisa mencioná-los no projeto.

Precisa apresentar no projeto como fará o registro da entrevista.

TCLE por ser um documento obrigatório e estar na Resolução nº 486/12 e 510/16: precisa constar os riscos e os benefícios da pesquisa, conforme foi apresentado pela pesquisadora no documento

PROJETO_MILENA_INSERTAR_CEP.pdf página 19: "V - consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos". Ainda, sugere-se que o TCLE precisa estar paginado e que o consentimento

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.090-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6865 Fax: (16)3603-6815 E-mail: catlica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.822.515

do pesquisado e seus dados " Eu _____, RG _____." venham após a leitura dos termos do TCLE.

Também, no TCLE, precisa constar mais detalhes da participação da pesquisa, como tempo médio da entrevista, número de questões a serem respondidas, forma de registro dos dados e, por ser entrevista, caso tenha a gravação, a mesma precisa constar no TCLE, como forma de autorização para isso.

Ainda, no TCLE consta assinatura escaneada da "Pesquisa orientadora responsável", precisa ser assinado fisicamente ou apresentar assinatura digital e depois ser escaneado. Constar um contato das pesquisadoras e alterar o contato do Comitê de Ética que é 3603 6860.

Considerando os documentos/justificativas apresentadas, o projeto de pesquisa está aprovado e obedece às Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando os documentos/justificativas apresentadas, o projeto de pesquisa está aprovado e obedece às Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025297.pdf	13/12/2022 12:47:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_13_12_22.docx	13/12/2022 12:48:43	Juliana vendruscolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/12/2022 12:45:54	Juliana vendruscolo	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_projeto.pdf	21/10/2022 17:16:40	ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS	Aceito
Cronograma	cronograma_milena.pdf	21/10/2022 17:10:39	ELIS MILENA FERREIRA DO	Aceito

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6865 Fax: (16)3603-6815 E-mail: ceica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 5.820-515

Cronograma	cronograma_milena.pdf	21/10/2022 17:10:39	CARMO RAMOS	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Aut_Cep.pdf	21/10/2022 17:08:36	ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aut_CAPS.pdf	21/10/2022 17:08:04	ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA_ANUENCIA.pdf	21/10/2022 17:07:37	ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/10/2022 17:03:00	ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 16 de Dezembro de 2022

Assinado por:

Telma Maria Braga Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.090-380
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)2603-6895 Fax: (16)2603-6815 E-mail: orica@unaerp.br

APENDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO DO PROJETO: O MANEJO TERAPÊUTICO NO PROCESSO DE LUTO DE FAMILIARES DAS VITIMAS DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DO CAPS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE RONDÔNIA

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

ORIENTADORA: Prof^ª Dr^ª Juliana Vendrusculo

Por considerar que o momento pandêmico foi evento desconhecido e nunca vivenciado pela atual geração de profissionais, se busca compreender como foi o manejo dos profissionais para tal processo. Pretende-se contribuir de forma significativa com produção de conhecimento acerca da temática, trazendo assim, quem sabe, suporte para profissionais e familiares que tem a vivência do problema, além é claro, de instigar a realização de mais estudos voltados à temática. O objetivo da pesquisa é compreender o manejo terapêutico utilizado pelos profissionais do CAPS para enlutados familiares vítimas de COVID-19. Como objetivos específicos:

- Discorrer sobre o processo de morte e luto;
- Compreender a saúde mental como parte integral da saúde do indivíduo;
- Investigar quais dispositivos são utilizadas para prestar assistência no processo de luto aos familiares de pacientes que vieram a óbito por Covid19 no município de Ariquemes- RO.

O presente estudo será realizado no serviço de atendimento a pessoas com transtornos mentais. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. As atividades propostas serão realizadas no próprio serviço de Saúde Mental. Os riscos dessa pesquisa são mínimos, haja vista, o participante pode parar a contribuição em qualquer momento sem prejuízo algum para seu trabalho ou saúde. Os benefícios da pesquisa são: contribuição para a sociedade e profissionais que conhecerão a proposta de atuação da equipe. Porém não serão atribuídos benefícios direto ao participante.

Você participará de uma pesquisa, direcionada aos profissionais de nível superior inseridos no Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Ariquemes. Será aplicada uma entrevista semiestruturada previamente validada, para analisar qual a terapêutica utilizada no processo de familiares enlutados vítimas da COVID19. A aplicação do instrumento de pesquisa ocorrerá em um único encontro no local de

A aplicação do instrumento de pesquisa ocorrerá em um único encontro no local de trabalho dos pesquisados. O instrumento conta com 5 (cinco) perguntas sociodemográficas e mais 6 (seis) perguntas sobre a temática da pesquisa. A duração média da entrevista será de aproximadamente 30 minutos. A entrevista será gravada em áudio logo mais transcrita de forma fidedigna ao que foi falado. Trata-se de uma pesquisa com o seguinte título *Atuação dos profissionais de saúde do CAPS II no processo de luto por covid19 em um Município do interior de Rondônia*. Não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos. Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) ~~Sr~~ ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa. Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 38038915 bem como com a pesquisadora Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, pelo telefone 99257-6394.

Eu, _____

RG.: _____

Residente à Rua/Av. _____

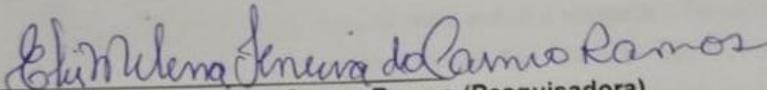
_____ concordo

em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Profª Drª Juliana Vendruscolo (Pesquisadora orientadora responsável)
RG: 19.355.001 CPF: 081.393.978-06 Email: jvendruscolo@unaerp.br


Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos (Pesquisadora)
RG: 763-171 CPF: 736.274.102-20 Email: enf.milenaramos@gmail.com

Caso tenha dúvidas e/ou precise fazer alguma reclamação sobre o estudo, você pode se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto, o qual é responsável pela aprovação deste Termo de pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Horário de funcionamento: Segunda a sexta, das 08h às 14h15

Telefone: (16) 3603-6860

E-mail: cetica@unaerp.br

CAAE: 64574222.8.0000.5498

APENDICE II

Entrevista para o Projeto: O manejo terapêutico no processo de luto de familiares das vítimas do COVID-19 na perspectiva de profissionais do CAPS em um município do interior de Rondônia

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Neste bloco tem algumas perguntas sobre você e sobre o seu trabalho, com o intuito de descrever o participante, não se preocupe, não queremos identificá-lo.

1. Qual sua profissão?

Médica (o) Enfermeira (o) Psicóloga (o) Terapeuta Ocupacional

Assistente Social Outro

2. Qual sua Data de Nascimento?

3. Qual sua religião?

4. Quanto tempo de atuação no Serviço de Saúde Mental?

5. Quanto tempo de atuação no CAPS II desta cidade?

SOBRE A PRÁTICA TERAPÊUTICA PARA PACIENTES ENLUTADOS

Por favor, responda de acordo com a sua forma de pensar e sentir e não como acha que deveria ser. Não existem respostas certas ou erradas. Suas respostas são confidenciais e anônimas.

1. Como ocorreu o cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em tempos do COVID-19?

2. Quais os principais desafios enfrentados para que existisse uma continuidade no cuidado psicossocial aos usuários desse serviço

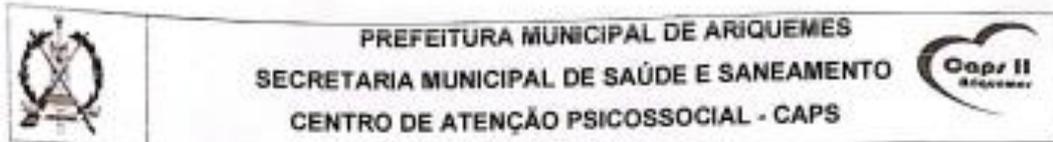
3. Houve procura específica de pacientes vivenciando o luto por perdas de familiares acometidos pelo COVID-19?

4. Quais as estratégias foram utilizadas para manejo terapêutico dessa população?

5. Um dia específico para lidar com essa demanda (luto) seria interessante no CAPS?

6. Qual sua sugestão para um atendimento específico para essa demanda?

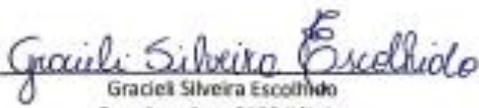
APENDICE III CARTA E ANUÊNCIA



DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP, que estou ciente da realização da pesquisa: **Atuação dos profissionais de saúde do CAPS II no processo de luto por covid-19 em um município do interior de Rondônia**, a ser desenvolvida pela Aluna do Programa de Mestrado em Educação e Saúde, Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, sob a orientação da Docente do Programa de Mestrado em Saúde e Educação da UNAERP, Profa. Drª. Juliana Vendruscolo, e autorizo seu desenvolvimento junto à equipe do CAPS II – Ariquemes.

Ariquemes, 15 de Setembro de 2022.


Gracieli Silveira Escobedo
Coordenadora CAPS II/Ariq.
Decreto nº 18.812 de 14/06/22

ANEXO B
PRODUTO 1
Questionário Validado

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Neste bloco tem algumas perguntas sobre você e sobre o seu trabalho, com o intuito de descrever o participante, não se preocupe, não queremos identificá-lo.

1. Qual sua profissão?

Médica (o) () Enfermeira (o) () Psicóloga (o) () Terapeuta Ocupacional ()

Assistente Social () Outro ()

2. Qual sua Data de Nascimento?

3. Qual sua religião?

4. Quanto tempo de atuação no Serviço de Saúde Mental?

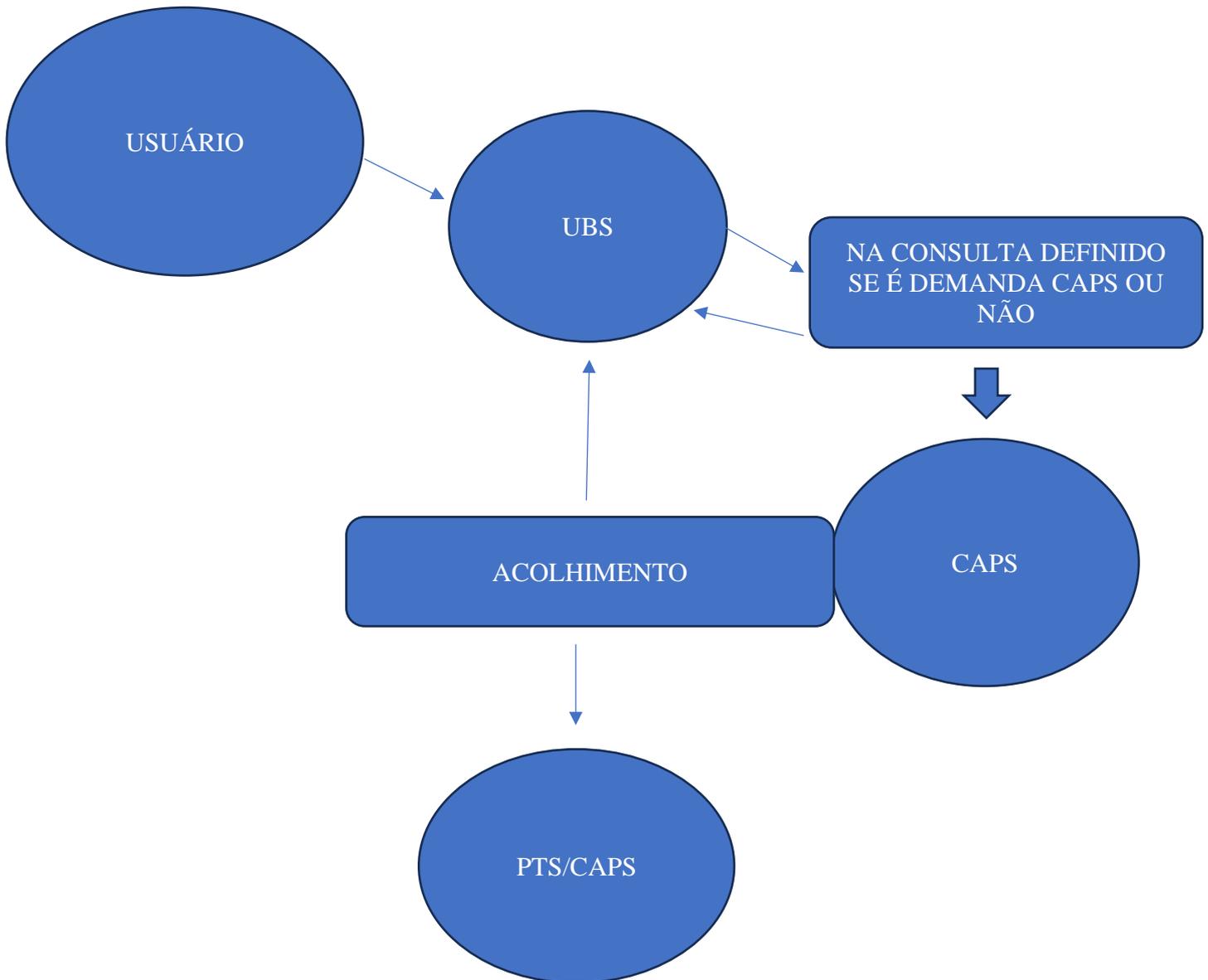
5. Quanto tempo de atuação no CAPS II desta cidade?

SOBRE A PRÁTICA TERAPÊUTICA PARA PACIENTES ENLUTADOS

Por favor, responda de acordo com a sua forma de pensar e sentir e não como acha que deveria ser. Não existem respostas certas ou erradas. Suas respostas são confidenciais e anônimas.

1. Como ocorreu o cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) em tempos do COVID-19?
2. Quais os principais desafios enfrentados para que existisse uma continuidade no cuidado psicossocial aos usuários desse serviço
3. Houve procura específica de pacientes vivenciando o luto por perdas de familiares acometidos pelo COVID-19?
4. Quais as estratégias foram utilizadas para manejo terapêutico dessa população?
5. Um dia específico para lidar com essa demanda (luto) seria interessante no CAPS?
6. Qual sua sugestão para um atendimento específico para essa demanda?

PRODUTO 2
FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO CAPS II



Para atendimento CAPS, o usuário pela Unidade Básica de Saúde atende o usuário e o profissional deve identificar se trata-se de uma demanda CAPS e ou se ali mesmo na unidade ele continua sendo assistido. Se for identificado que é demanda CAPS o usuário é referenciado, o CAPS acolhe e atende inserindo o usuário para o tratamento na unidade, ou identificando não se tratar de usuário com transtorno grave e persistente, faz a contra referência para unidade básica de origem.