



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Mayra de Fátima Martins de Oliveira



**O LUTO E AS ESFERAS DO SOFRIMENTO
NA PANDEMIA DE 2020**

medicina
ufscar

São Carlos
2020

Mayra de Fátima Martins de Oliveira

**O LUTO E AS ESFERAS DO SOFRIMENTO
NA PANDEMIA DE 2020**

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado a Universidade Federal de
São Carlos, como parte das exigências
para a obtenção do diploma médico.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Esther Angélica Luiz Ferreira

São Carlos – SP
2020

À Leopoldina de Fátima Correa, minha inspiração e primeiro exemplo de cuidado na área da saúde.

Ao Higor Matheus Gomes, meu anjo, por todos os conselhos que me deu, não chegaria até aqui se não tivesse você na minha vida.

Agradecimentos

“– Quem estará nas trincheiras ao teu lado?

– E isso importa?

– Mais do que a própria guerra.”

(Ernest Hemingway)

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais e a Sil por sonharem comigo e me apoiarem incondicionalmente desde o início. Obrigada por não me deixarem desistir. Conseguimos.

Agradeço à Esther, por ser mais que minha orientadora. Você foi inspiração, suporte, mãe, mas acima de tudo você foi a luz que me mostrou que a Medicina que acreditamos é possível e que eu tenho o meu lugar no mundo. Obrigada por tanto.

Agradeço à Damaris, minha madrinha, por me acolher logo no primeiro instante da faculdade. Foi o início de todos os lindos caminhos que trilhei nessa graduação, e por todos eles sempre pude contar com você. Falando de Damaris, não posso deixar de falar em Hendrick, e agradecê-los por terem fundado a Liga Acadêmica de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos. Nossa querida LATACP, muito obrigada por todos os aprendizados, por dar propósito e motivação a todos nós, que continue a plantar muitas sementinhas que florescerão por todo o mundo levando os princípios e valores dos Cuidados Paliativos.

Agradeço à Karina, minha médica e uma das minhas maiores inspirações, por cuidar de mim quando eu mais precisei de cuidados. Mas mais ainda, agradeço por me possibilitar responsabilidade compartilhada nesse processo me ensinando o valor do autocuidado. Obrigada por acreditar em mim e por também me ajudar a enxergar meu lugar nesse mundo.

Agradeço às minhas famílias de amigas e amigos que estiveram sempre ao meu lado. Obrigada por todas as risadas e os abraços que davam fôlego para continuar, e por todas as lágrimas compartilhadas. Seria impossível sem vocês.

Agradeço a tantas outras pessoas que fizeram parte dessa vivência em algum momento. Agradeço a todas as equipes e cenários de prática profissional que me receberam. Levo com gratidão todos os ensinamentos, as trocas e todo o carinho.

Agradeço às forças do Universo por me trazerem até aqui, seja por planos divinos, sequência de escolhas ou aleatoriedades, me sinto abençoada por ter sempre comigo ao longo da caminhada tanto amor.

Resumo

OLIVEIRA, Mayra de Fátima Martins de. **O LUTO E AS ESFERAS DO SOFRIMENTO NA PANDEMIA DE 2020**. Orientadora: Esther Angélica Luiz Ferreira. 2020. Trabalho de conclusão de curso - Curso de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, 2020.

O trabalho de conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos se propõe a ser uma narrativa crítico-reflexiva que sintetize as experiências de aprendizado e de cuidado vividas ao longo da graduação. Utilizando-se de conhecimentos adquiridos nas atividades da Liga Acadêmica de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos (LATACP-UFSCar) - sobre luto, comunicação de más notícias, sofrimento e dor total -, esse trabalho procura fazer uma reflexão acerca dos desafios enfrentados durante a pandemia de COVID-19 no contexto brasileiro de crise política, social e ambiental, bem como das perspectivas para o futuro e estratégias de autocuidado nesse cenário incerto.

Palavras chaves: luto; sofrimento; pandemia COVID-19 no Brasil;

Abstract

OLIVEIRA, Mayra de Fátima Martins de. **THE GRIEVING AND THE SPHERES OF SUFFERING IN THE 2020 PANDEMIC**. Advisor: Esther Angélica Luiz Ferreira. 2020. Final paper - Medical school, Federal University of São Carlos, 2020.

The final paper of medical school at the Federal University of São Carlos proposes to be a critical-reflexive narrative that synthesizes experiences lived during graduation regarding learning and medical care. Using knowledge acquired in the activities of the Academic League of Antalgic Therapy and Palliative Care (LATACP-UFSCar) - on grief, communicating bad news, suffering and total pain -, this work seeks to reflect on the challenges faced during the pandemic of COVID-19 in the Brazilian context of political, social and environmental crisis, as well as perspectives for the future and strategies of self-care in this uncertain scenario.

Key words: grieving; suffering; COVID-19 pandemic in Brazil;

Sumário

1. Introdução – porque escolhi falar desses temas	6
2. Luto	7
3. Sofrimento	9
4. Entendendo a pandemia da COVID-19 e o contexto socioeconômico e político no Brasil	13
5. O sofrimento e o luto coletivo na pandemia	17
6. Conclusão - a vida pós-pandemia: o que esperar? Como se cuidar?	19
Referências	22

1. Introdução – porque escolhi falar desses temas

Todos os temas aqui discutidos foram aprendidos em momentos e ambientes marcantes da minha jornada durante esses seis anos de graduação em Medicina. Luto, dor total, sofrimento, espiritualidade, morte e comunicação de más notícias foram inúmeras vezes temas de discussões proporcionadas pela Liga Acadêmica de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos. Aprendi que ainda que sejam temas difíceis de serem conversados, ainda que exista uma resistência da nossa sociedade em abordá-los, são temas necessários, para além da Medicina, porque fazem parte da vida. A vida, que nem sempre é doce, precisa ser encarada de frente.

Mal sabia eu que, depois de todas as intensas e difíceis situações vivenciadas tanto na vida acadêmica como na vida pessoal, concluiria essa etapa em meio a maior crise sanitária do século. A pandemia de COVID-19 tomou proporções nunca antes vistas, com inúmeros desdobramentos, consequências do processo de globalização, que com os avanços tecnológicos diminuiu fronteiras, compartilhou e universalizou culturas e modos vida. O mundo, tão grande, tornou-se pequeno e foi rapidamente tomado por uma dor compartilhada, mas ainda com particularidades de cada região e indivíduo.

Quem diria que os aprendizados de EREM (Encontros Regionais dos Estudantes de Medicina, organizados pela DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina), sobre mercantilização da medicina e capitalismo neoliberal viriam a calhar. Antes poderiam ser vistos como extremismos e exageros do movimento estudantil de esquerda. Mas se provaram apontamentos verdadeiros e necessários. Foram úteis para uma análise crítica e profunda sobre a forma como a pandemia que levou mais de 140 mil vidas no Brasil foi encarada e noticiada em nosso país.

Como foi importante saber o que é e como se dá o processo de luto ao ver a humanidade toda passando por ele. Quão importante foram as diversas discussões sobre comunicação de más notícias na LATACP, na hora de conversar, geralmente por telefone, com familiares ansiosos em saber como estava o ente querido hospitalizado. Ainda que elas tenham sido insuficientes, ainda que me sentisse insegura e com medo de falhar naquela tarefa que sabia ser importante, como foi bom encontrar, em meio a correria da rotina, profissionais que também reconheciam aquela importância e que se empenhavam em comunicar com sensibilidade e qualidade, aplicando os protocolos por muitos ainda desconhecidos.

O trabalho de conclusão do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos se propõe a ser uma narrativa crítico-reflexiva que sintetize as experiências de aprendizado e de cuidado ao longo da graduação. No fechamento desse ciclo tive a oportunidade de ver conhecimentos diferentes se unirem, me permitindo a construção de um raciocínio amplo para o entender o que acontecia.

Talvez você que lê essa frase agora esteja em um futuro distante, se perguntando como foi essa tal de COVID-19 e como foi viver esse ano de 2020. Bom, vou tentar te passar a minha perspectiva e linha de raciocínio.

Pretendo, com esse trabalho de conclusão de curso, conceituar e trazer conhecimentos e ferramentas da literatura sobre luto e sofrimento, comentando sobre minhas vivências que deram significado a estes aprendizados. Depois, contextualizarei o cenário socioeconômico e político do Brasil durante a pandemia no ano de 2020. Por fim concluirei com a minha perspectiva sobre o luto coletivo e as diferentes esferas de sofrimento na pandemia de COVID-19, bem como com uma reflexão sobre as possíveis consequências e a importância do autocuidado independente do que o futuro trará.

2. Luto

A palavra luto vem do alemão “trauer”: o afeto da dor como sua manifestação externa. Freud, em “Luto e Melancolia” (1917) definia luto como reação a perda de alguém querido ou de alguma abstração que o ocupou aquele lugar, diferenciando de melancolia, estado em que ocorre profundo desânimo, anedonia, inibição e diminuição da autoestima (esta última característica não presente no luto). Para alguns de seus seguidores, o processo de luto estaria relacionado à perda do primeiro objeto, o seio materno. O seio faria parte da estruturação do psiquismo daquela criança e a elaboração dessa perda definiria as reações daquele indivíduo às mortes simbólicas no futuro. Nessa lógica, a jornada do luto se baseia em incorporar na sua realidade que aquele objeto amado não mais existe e transferir toda energia, afeto, libido, todos os vínculos que tinha com aquilo para outro. Esses “desprendimentos”, ou reorganizações, são feitos aos poucos.

O conhecimento sobre o luto foi se desenvolvendo ao longo do tempo, de acordo com os contextos em que se davam esses estudos. Bromberg (2008) analisa essa evolução considerando que, no início, esse fenômeno era visto como causa de doenças, físicas ou mentais, mas hoje é entendido como normal e esperado frente à perda. Franco (2010) atribui isso a análise de fatores socioculturais e espirituais, uma aquisição recente ao processo de pensar e entender o luto.

Kovács (2008) explica que a morte é a perda de um vínculo irreversível e que “a perda é um dos processos mais desorganizadores da vida humana”. Dessa forma, traz o conceito de “pequenas mortes”, mudanças (como transições de fases de desenvolvimento, ou de casa, de emprego, de estado civil, até mesmo com o nascimento de filhos) que exigem reestruturação e podem ser vistas como mortes simbólicas.

Em 1990, Bowlby, descreveu quatro fases do processo de luto: entorpecimento (choque e negação), anseio (desejo de trazer de volta o ente perdido), desorganização e desespero, quando há compreensão da perda (manifesta com raiva, tristeza, culpa), e por fim a reorganização. Em 2005, Elizabeth Kübler-Ross, propôs outra divisão em cinco etapas:

- Negação: um mecanismo de defesa para diminuir o impacto da perda;
- Raiva: por vezes expressa com agressividade, é também o momento onde se procura culpados e se faz questionamentos;
- Barganha: tenta-se negociar ou adiar as consequências daquela perda;
- Depressão: pode ser reativa a perdas secundária, ou preparatória (momento de quietude e reflexão que antecede a aceitação);
- Aceitação: estágio em que se tem maior tranquilidade para lidar com a morte e expressar sentimentos e frustrações.

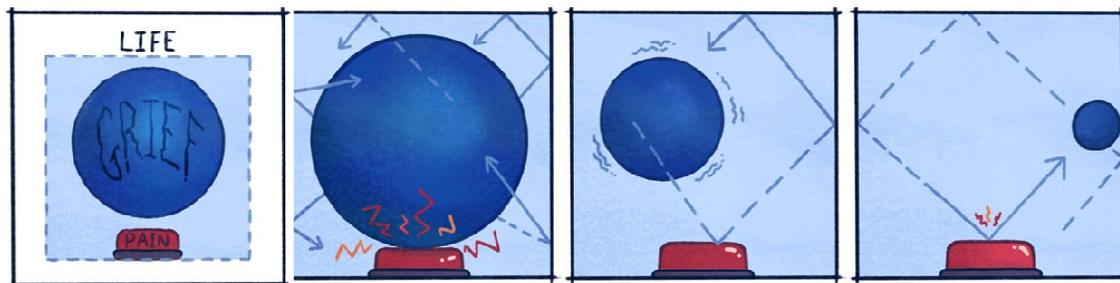
Importante ressaltar que apesar de terem sido descritas nessa sequência, sabe-se que o processo pode ocorrer com diferentes ordens, durações ou momentos. O luto é uma experiência individual, dependente também do contexto sociocultural e espiritual. O benefício em observar e descrever as semelhanças e pontos comuns dessa experiência é conseguir desenhar o processo para que a pessoa em sofrimento, ou quem está realizando o cuidado do enlutado, possa reconhecer as etapas e ter em mente que são passageiras.

Particularmente, não sei dizer se todo esse conhecimento teórico me ajudou a passar pelos diversos lutos simbólicos vividos na graduação e pelo luto literal de um dos meus melhores amigos, talvez a experiência mais difícil de toda a minha vida. Higor morreu aos 21 anos de idade, de forma inesperada e trágica. Ele teve um Tromboembolismo Pulmonar por razões não bem elucidadas, uma possível coagulopatia desconhecida. Foi socorrido por nossos colegas veteranos em uma situação intensa e creio que traumática, com um final infeliz e inevitável. Parecia impossível, interminável e irreal lidar com a perda súbita de alguém que era tão importante, que representava e emanava a alegria, a vida e a juventude, que estava tão envolvido no meu dia a dia, que eu buscava quando precisava de conselhos ou quando só queria falar de banalidades, que estava presente nos momentos mais difíceis e nos mais felizes.

Eu ouvi uma vez uma metáfora sobre luto que achei incrivelmente representativa de como me sentia e ainda me sinto quando sou lembrada, pelas pequenas coisas da vida cotidiana, que ele não está mais aqui. A metáfora foi feita por um médico para sua paciente, Lauren Herschel, que publicou no Twitter. As ilustrações que seguem são de Sarah Grohol retiradas de uma matéria em um site de psicologia.

Imagine que o luto é como uma caixa de vidro com uma bola inflável dentro. Imagine que a dor é um botão que fica em dos lados da caixa. Toda vez que a bola toca o botão, você sente todos aqueles sentimentos confusos e avassaladores que vem com uma grande perda. No início a bola é enorme e ocupa todo o espaço dentro da caixa. Depois de um tempo, ela fica um pouco menor, mas ainda assim toda vez que você se mover ela pode tocar o botão. Eventualmente ela fica pequena e vagando dentro da caixa. Às vezes atinge o botão desavisadamente e a dor pode ser tão intensa quanto antes, mas também pode ser mais fácil seguir apesar dela. Sugere-se que a analogia pode ajudar a expressar como está se sentindo a cada dia e a saber que, ainda que a bola esteja enorme, você só precisa esperar até que fique pequena novamente.

Figura 1



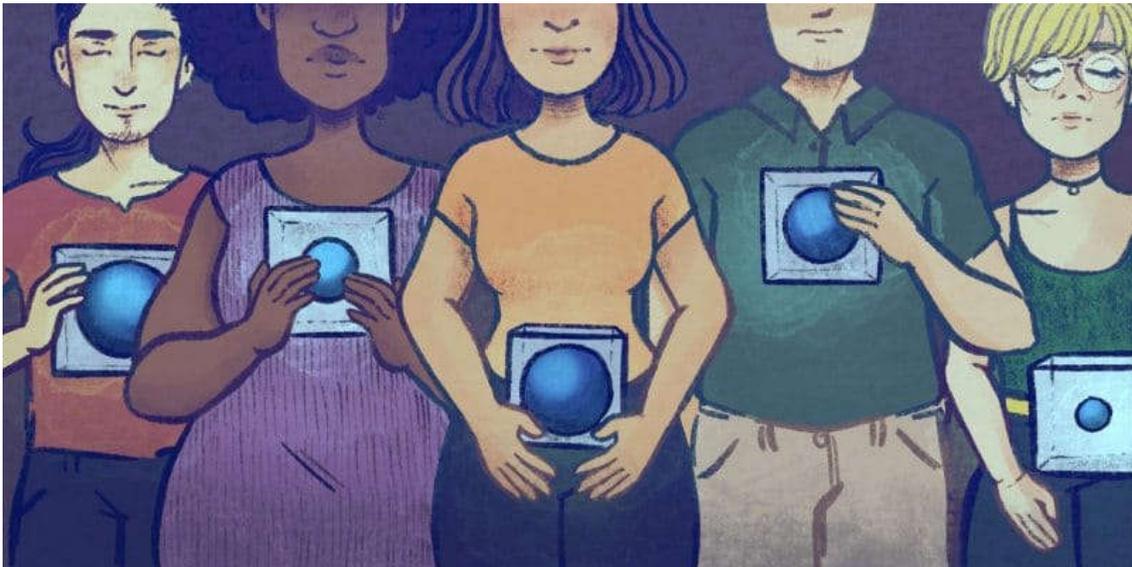
GROHOL, John M. Coping with Grief: The Ball & The Box. In: Psych Central. [S. l.], 11 set. 2019. Disponível em: <https://psychcentral.com/blog/coping-with-grief-the-ball-the-box/>. Acesso em: 29 set. 2020.

“O processo de cura não é linear”. Outra frase clichê vista na internet que me ajudou a entender que ainda que a dor seja avassaladora, ainda que pareça que nunca vai melhorar e que a vida nunca será boa novamente, reconhecer marcos dessa jornada é fundamental para se entender nela, para ter uma visão maior e distanciada e conseguir enxergar que é um processo, que há um fim e um depois.

Pessoas enlutadas tendem a procurar mais os serviços de saúde, por queixas psíquicas, orgânicas ou somáticas. Por essa razão é preciso que profissionais de saúde estejam preparados para reconhecer, acolher e diferenciar o luto normal do patológico.

Para um luto saudável é preciso que haja oportunidade de expressão dos sentimentos (caracterizadas pelos recortes culturais) e de espaço para acolhimento e solidariedade por parte da comunidade. Nesse sentido os rituais auxiliam e a ausência deles pode desencadear graves consequências, como, por exemplo, o sentimento de culpa por não dar ao falecido o tratamento culturalmente esperado. Negar a morte, ou escondê-la de crianças, por exemplo, é prejudicial por suprimir as emoções e dificultar o entendimento da situação.

Figura 2



GROHOL, John M. Coping with Grief: The Ball & The Box. In: Psych Central. [S. l.], 11 set. 2019. Disponível em: <https://psychcentral.com/blog/coping-with-grief-the-ball-the-box/>. Acesso em: 29 set. 2020.

3. Sofrimento

No meu primeiro ano de graduação tive a sorte de ter como facilitador da Estação de Simulação (ES) o professor Claudemir, psiquiatra, que conduzia as discussões de uma forma bastante diferente dos outros facilitadores. Lembro que uma das primeiras sínteses da ES que tivemos foi sobre sofrimento. Na ocasião ele nos disse que essa seria uma das poucas oportunidades na graduação de conversarmos sobre e conceituarmos algo tão humano e tão presente na nossa prática. Lembro de sair da discussão me sentindo sortuda por participar de um

encontro tão singular, mas creio que ainda não possuía a maturidade para compreender tudo que fora discutido.

Agora, seis anos depois, eu entendo melhor o que concluímos aquele dia: o sofrimento é intrínseco a vivência humana. A concepção do que é sofrimento difere em cada cultura. Callahan (1988) define como “estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade de uma pessoa. Sofrimento exige consciência de si, envolve as emoções, tem efeitos nas relações pessoais da pessoa, e tem um impacto no corpo”. Isso significa que é desencadeado por algo que “quebra” o entendimento de si mesmo. Algo que faz a pessoa questionar quem ela é, qual seu papel e lugar no mundo, o sentido da vida e da morte e todas essas questões filosóficas estruturantes do ser humano.

Trata-se, portanto, de uma experiência individual e interior, ainda que seja desencadeado por eventos externos. Ele se manifesta inevitavelmente, não é necessariamente bom ou ruim, mas tem sua importância por colocar em evidência questionamentos sobre o sentido da vida. Deve ser vivido e não pode ser ignorado ou adiado. Encontrar significado e propósito nesse processo é o que pode aliviar e auxiliar na superação. Desse modo, ninguém pode sentir ou resolver o sofrimento pelo outro, mas acolher e ajudar que o outro entenda o sentido daquela vivência é o cuidado que podemos oferecer.

Os conceitos de dor e sofrimento costumam caminhar juntos e se sobrepor para algumas pessoas. Mas nem toda dor gera sofrimento e nem todo sofrimento advém de dor (ou de doenças). É importante entendê-los e diferenciá-los, especialmente para que não se foque em tratar apenas sintomas físicos como se fosse solucionar algo que vai muito além, que é multidimensional.

Dor geralmente é entendida como resposta a uma lesão orgânica. É classificada em somática, visceral ou nociceptiva, podendo também ser diferenciada em aguda ou crônica. O problema de limitar a isso é que quando não se encontra causa para aquela queixa algica há uma tendência de subvalorizar. Exemplos de situações que podem ser encaradas dessa forma são dor fantasma (após amputação de um membro) e a fibromialgia (em que por redução do limiar, estímulos geralmente não dolorosos podem ocasionar dores importantes). Essa postura dos profissionais de saúde, baseada na visão biomédica, mecanicista e dualística, que separa corpo e mente, pode levar os próprios pacientes e seus familiares a desmerecer a questão. Vi isso se passar com minha própria mãe que sofre com o diagnóstico de fibromialgia quando não identificam uma causa para a queixa ou não consideram proporcional aos achados, gerando nela sentimento de culpa e de frustração que a fazem evitar procurar atendimento médico.

Essa não é uma problemática recente. Já em 1986, a Associação Internacional de Estudo da Dor reformulou a definição para “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões”, objetivando ampliar o entendimento de dor e reconhecer a esfera emocional como parte do processo.

Cicely Saunders avançou e inovou na questão ao criar o conceito de Dor Total, incluindo, para além da dimensão física e mental, a dimensão social e a espiritual. Ela percebeu que o sofrimento de seus pacientes ia além da dor aguda ou crônica. Os componentes físicos (decorrentes da enfermidade, patologias concomitantes e efeitos adversos dos tratamentos) somavam-se a sentimentos (como raiva, medo e desesperança), preocupações (com família, finanças, função laboral, papel e status social) e questionamentos de ordem espiritual, religiosa ou

existencial, afetando a relação do paciente consigo mesmo, com outros, com a própria doença e com a vida, desafiando o cuidado e o controle dos sintomas.

A partir desse conceito é possível ampliar a análise também do sofrimento como algo que transpassa diferentes esferas. No aspecto mental ou psíquico, será manifestado pelos mais diversos sentimentos e emoções (tristeza, raiva, frustração, medo, desesperança, solidão e etc) e a origem está nos significados e valores atribuídos a aspectos do processo saúde e doença. Está atrelado as experiências anteriores de sofrimento e de perdas e como foram superadas, quais os recursos de enfrentamento existentes e a capacidade de desenvolvê-los.

Na dimensão social, as fontes podem ser o isolamento (por estigmas sociais, ou por possuir poucos e frágeis vínculos), a dificuldade de comunicação (em situações de conspiração do silêncio imposta pelos familiares ou de assuntos considerados tabus), problemas financeiros, entre outras questões. A perda do papel social quando há redução da funcionalidade e da independência é um desencadeador comum do sofrimento, especialmente quando aquele que ocupava um papel de provedor na família se vê dependente de cuidados básicos e de ajudas de custo.

Espiritualidade, que deve ser entendida para além da religiosidade, está relacionada ao entendimento e significado atribuído a vida, a morte, a existência, e como o indivíduo expressa e se conecta a isso. Uma das definições possíveis é “um aspecto da humanidade que se refere ao modo como as pessoas buscam e expressam significado e sentido, assim como o modo pelo qual elas experimentam sua conexão com o momento, com si mesmo, com os outros, com a natureza, o que é significativo ou sagrado”. O sofrimento nessa dimensão surge quando se questiona essas crenças, não se pode manifestá-las em rituais que traziam a sensação de bem-estar e união, perde-se a esperança ou seus referenciais.

Curar doenças e aliviar o sofrimento são objetivos da Medicina desde o seu berço hipocrático. É preciso ajustar essas expectativas, uma vez que a cura não é sempre possível em um cenário que doenças crônicas se tornam cada vez mais prevalentes, e que seria inviável o sistema de saúde ter como objetivo aliviar todo e qualquer sofrimento, visto que este também é parte da vida. Assim é importante entender até que ponto é tolerável sofrer.

Se por um lado vivemos em uma sociedade que tende a hipermedicalizar, almejando soluções rápidas e silenciosas que mantenham as aparências e a produtividade laboral, por outro lado, dependendo do contexto, nos deparamos com um “conformismo dolorista”, em que é naturalizado sentir dor. É o que vemos quando estudos mostram que negros recebem menos analgesia, como se fosse esperado que aguentassem mais dor, ou quando o sentir dor é visto em alguns meios como parte importante do processo para merecer uma recompensa (por exemplo, “ir para o céu”).

Vale lembrar que o motivo mais comum de busca por atendimento de saúde na atenção primária é dor. Dor crônica é a principal causa de falta do trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. O tratamento adequado da dor, identificando-se a causa, analisando-a nas diferentes esferas e mudando fatores de risco, é benéfico mesmo numa visão exclusivamente capitalista já que otimiza os recursos e preserva a produtividade social.

Não se trata, no entanto, de uma tarefa fácil analisar algo de tamanha complexidade. No Manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, sugere-se uma ferramenta para auxiliar a visualização das dimensões do paciente e dos

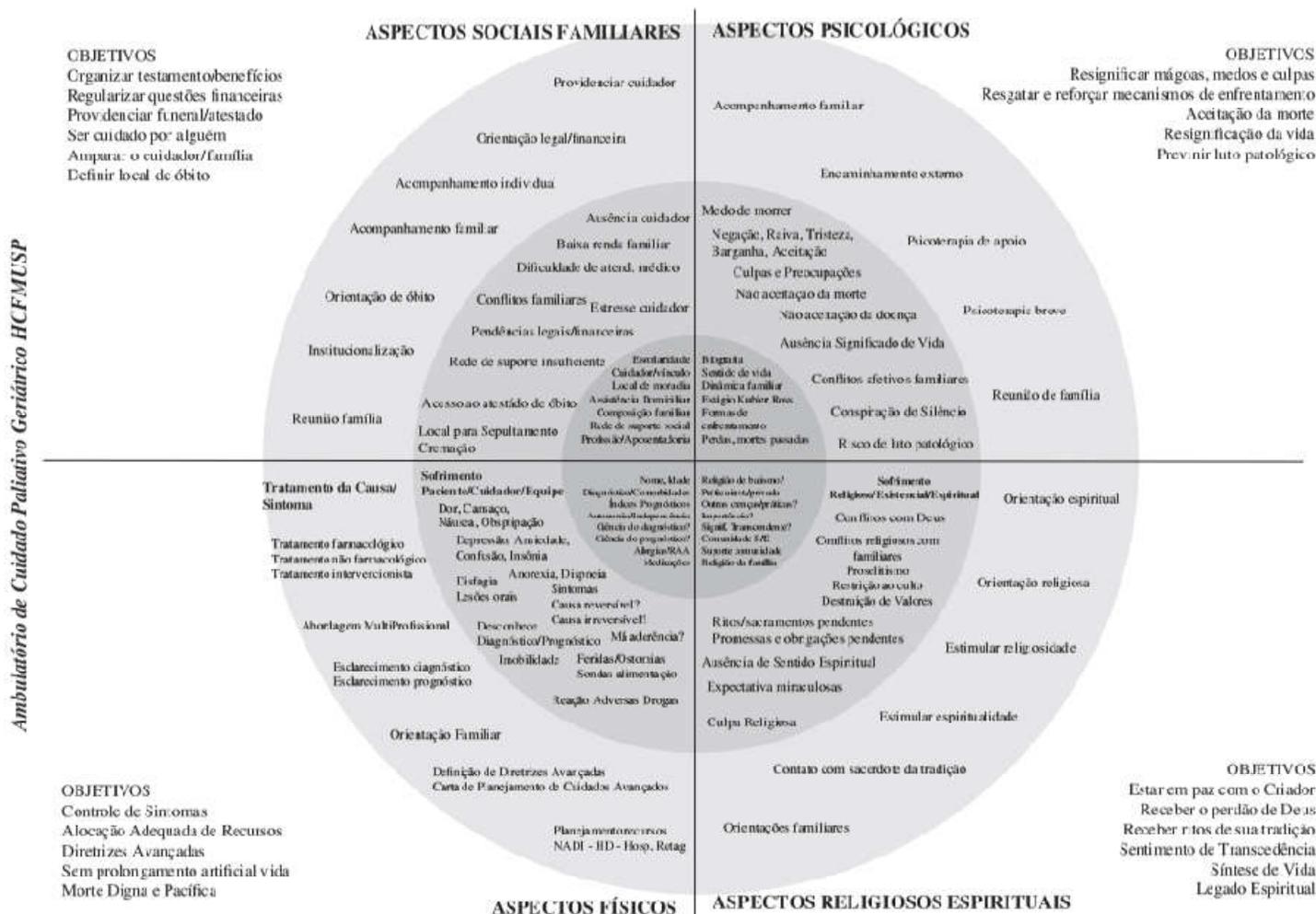
sofrimentos, possibilitando diferenciar as origens e a quem pertencem (ao paciente, aos familiares ou a equipe).

A proposta é um diagrama dividido em quatro quadrantes, representativos das dimensões física, social/familiar, psíquica e espiritual. Na esfera do centro encontram-se as características do paciente, provenientes da anamnese, de modo que no quadrante da dimensão física constam a identificação, os diagnósticos e comorbidades, funcionalidade, autonomia, índices prognósticos, consciência sobre a própria condição, uso de medicações, alergias e reações medicamentosas. No quadrante social/familiar encontram-se os dados socioeconômicos, composição e modelo familiar e suporte social disponível. Já na parte psíquica é importante identificar sentimentos e significados relacionados a doença, a finitude, a vida, a valores pessoais e a experiências anteriores de sofrimento. Quanto a espiritualidade é importante ressaltar que falta na formação em saúde o preparo para abordar tal questão, mas é necessário que se façam perguntas ativas referentes a espiritualidade, a religiosidade e a importância disso na vida do paciente e de seus familiares.

Na esfera seguinte identificam-se os sofrimentos, separados em seus respectivos quadrantes, podendo ser atuais ou futuros. Necessário especificar se é um sofrimento do paciente ou projetado pelos familiares e pela equipe. Na dimensão física deve-se fazer uma busca ativa de sinais e sintomas, já que esses podem ser naturalizados pelo doente e seus cuidadores, tendo-se o cuidado de compreender que nem sempre as queixas são de causas orgânicas. Questões burocráticas, rede de suporte frágil e conflitos familiares podem ser causas de sofrimento familiar e social a serem abordadas com antecedência, dependendo da aceitação da morte e entendimento do caso, de acordo com as individualidades e peculiaridades de cada família. Também são diversas as fontes de sofrimento psíquico, sendo as mais comumente citadas na literatura a conspiração do silêncio, a negação do diagnóstico/prognóstico, as culpas, as preocupações, os medos (da morte, da solidão, da dor, da separação, da degeneração, do isolamento, da dependência e do abandono), a falta de significado na vida, a perda de sonhos e planos, a ansiedade e a depressão. Já no quadrante da espiritualidade, é preciso diferenciar violências, culpas e expectativas religiosas, do sofrimento espiritual propriamente dito (caracterizando pela falta de perspectiva do pós vida) e do sofrimento existencial desencadeado por não ver propósito ou significado na vida “terrena”.

Na terceira esfera encontram-se as atitudes possíveis frente a esses sofrimentos. Reforça-se que as condutas para causas identificáveis ou não identificáveis devem sempre levar em conta o conforto do paciente e devem ser proporcionais (como acordado com o doente e seus familiares), evitando-se tratamentos que possam trazer mais sofrimento. Orientar a família e fornecer as informações necessárias, bem como incentivar a divisão de tarefas e responsabilidades podem ser atitudes da equipe frente a parte social e familiar. Classificar de acordo com os cinco estágios de Klübler-Ross (negação, raiva, depressão, barganha e aceitação) pode ajudar a direcionar as intervenções possíveis para as questões psíquicas. Por fim, na área externa, estão os objetivos almejados, mesmo que nem sempre possam ser alcançados.

Figura 3 – Diagrama de Avaliação Multidimensional



SAPORETTI, Luis Alberto *et al.* Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª. ed. [S. l.: s. n.], 2012. p. 42-53.

4. Entendendo a pandemia da COVID-19 e o contexto socioeconômico e político no Brasil

Como quase todo artigo sobre a doença introduz: no final de dezembro de 2019, uma pneumonia viral causadora de síndrome respiratória aguda grave surgiu em Wuhan, na China. Decorrente de um novo tipo de corona vírus, o SARS-CoV 2, provavelmente transmitido pela carne de morcegos contaminados em um mercado de frutos do mar, a doença se espalhou rapidamente pela província chinesa e em 30 de janeiro de 2020 a OMS emitiu um alerta de emergência de Saúde Pública em nível internacional. O primeiro caso no Brasil foi identificado em 26 de fevereiro, quarta-feira de cinzas. Em 11 de março a OMS definiu a situação como pandemia e dois dias depois reconheceu a Europa como novo epicentro. Nesse momento já passavam de 5 mil mortes dos mais de 130 mil casos no mundo, 52 confirmados no Brasil.

No dia 12 de março o presidente brasileiro fez um pronunciamento em que reconheceu a declaração da OMS e, pressionado pela opinião pública, colocou que a manifestação em apoio ao seu governo programada para o dia 15 deveria ser “repensada” uma vez que grandes eventos e aglomerações estavam contraindicados. Mesmo assim, ele compareceu a manifestação, que continha inclusive incitações antidemocráticas de intervenção militar e dissolução do Supremo Tribunal Federal. A primeira morte no país foi confirmada dois dias depois, em 17 de março. Por meio de outro pronunciamento, no dia 24 de março, o presidente chegou a conclamar a população a retornar a vida normal, tratando a pandemia como algo passageiro e afirmando que o prejuízo a economia seria pior do que as estimativas de mortalidade da doença.

Desde janeiro o ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, se posicionava a respeito da COVID-19, a princípio tranquilizando a população visto que se tratava de uma situação internacional que ainda não chegara ao país. Quando a doença passou a se disseminar em território nacional, das grandes metrópoles para o interior, seguindo as rodovias e hidrovias mais movimentadas, passou-se a reforçar a necessidade das medidas de distanciamento social que estavam sendo adotadas progressivamente pelos governos estaduais e municipais. As ações do Ministério, de captação de recursos e distribuição de insumos, chegaram a ser elogiadas pelo chefe do Executivo. No entanto, diante da recusa do ministro Mandetta em minimizar os efeitos da pandemia e endossar o discurso do presidente Jair Messias Bolsonaro, viu-se uma tensão crescer entre os dois, o que resultou na exoneração do ministro em 16 de abril.

O ministro Nelson Teich, que assumiu em seguida, permaneceu no cargo por apenas 29 dias. Um dos principais embates que levou a sua saída precoce foi a campanha iniciada por Bolsonaro defendendo que a cloroquina seria uma medicação milagrosa para alguns casos de covid. O exército brasileiro chegou a produzir quantidades absurdas do medicamento, que até hoje não possui evidências científicas concretas de benefício e cuja gravidade dos efeitos adversos ainda é preocupante^{16, 17, 18}.

Diante da recusa do Ministério em inserir o remédio no protocolo nacional, o presidente nomeou o General Pazuello no lugar de Teich, com uma substituição em massa dos cargos técnicos do Ministério por militares. Poder-se-ia ignorar a problemática disso (mesmo com o histórico de uma Ditadura Militar há apenas 35 anos e mesmo com as inúmeras ocasiões em que membros do governo se manifestaram de forma antidemocrática) não fosse a tentativa de censura de dados quando o Ministério da Saúde parou de divulgar o número de morte diárias em suas redes sociais, substituindo pelo chamado “Painel da Vida” em que constavam apenas os casos novos e recuperados da doença e ainda com atraso na divulgação dos mesmos. A revolta gerada obrigou-os a divulgar todos os dados no site ministerial, mas que não mais apareceram nas redes sociais^{19, 20}.

Durante todo o seu governo, o presidente, eleito em cima de uma “retórica” distorcida, com exploração da polarização política (progressivamente intensificada no país desde 2015), priorizou a lógica neoliberal, com redução de direitos e conquistas sociais. Seguindo seu padrão, Bolsonaro buscou fortalecer o discurso que minimizava a pandemia e valorizava a economia em detrimento das estratégias de prevenção e das evidências científicas, fazendo uso principalmente de afirmações e notícias falsas e constantes embates com a imprensa. Isso repercutiu no comportamento social, levando os governos municipais e estaduais a flexibilizar as medidas de distanciamento social, de maneira precoce e nem sempre

organizada, visto que não havia sinais de diminuição da disseminação da doença no país. Isso se deu tanto por pressão da classe empresarial quanto por pressão de uma parcela da população que naquele momento se preocupava mais com o desemprego e a fome do que com a possibilidade de morte (do próprio indivíduo, de seus familiares ou de milhares de compatriotas).

Ainda que o Supremo Tribunal Federal tenha determinado a autonomia dos estados e municípios para decidir sobre medidas de distanciamento social e de investimentos no combate a pandemia, impedindo que Bolsonaro acabasse com todas as estratégias de enfrentamento em todo o país de uma vez só; ainda que tenha ocorrido uma tentativa de organização e cooperação, como exemplo a criação de um comitê científico de enfrentamento da COVID-19 no Nordeste e de Conselhos de Representação de Secretarias Estaduais e Municipais; sem a coordenação federativa em um país de tamanhas dimensões e diversidades de cenários, os esforços não eram suficientes.

A lógica neoliberal de expansão do capital (pela dissolução das fronteiras, exploração de recursos naturais e universalização da cultura e costumes na busca de aumentar as possibilidades de lucro) levou ao surgimento da doença e, combinado as características virológicas, sua rápida evolução para pandemia. Vale lembrar que todas as epidemias respiratórias deste século (gripe aviária, SARS e H1N1) começaram quando seres humanos foram infectados por vírus de outros animais, em contextos de exploração desses. Essa mesma lógica está envolvida no processo de naturalização das mortes em massa, no contexto de COVID-19 ou de outras catástrofes ambientais. Portella e Oliveira (2020) explicam os passos desse processo:

1. A concepção de que o evento se dá por uma causa natural ou sobrenatural, sem influencia humana significativa, de forma imprevisível e sem relação com a construção sócio-histórica.
2. Concentração dos esforços governamentais nas estratégias de resposta ao invés das de prevenção.
3. Abordagem sensacionalista na mídia, sem muitas reflexões, contribuindo para uma delimitação espaço-temporal, valorizando a fatalidade do evento inesperado.
4. Os atingidos, no caso da pandemia os contaminados sintomáticos ou não, são objetos assistenciais, incapazes de fazer decisões.
5. Militarização da ajuda e do controle populacional. O que no contexto de um governo negacionista se deu com militares assumindo o Ministério da Saúde.
6. As soluções propostas envolvem, em sua maioria, tecnologias e grandes estruturas, que reforçam a lógica de intervenção ambiental e que servem aos interesses de grandes empresas. É o que se vê na construção de hospitais de campanha, compra de respiradores, testes diagnósticos, medicações e na corrida pela produção da vacina.
7. Financiamento estatal. Em situações de calamidade aproveita-se para receber recursos e benefícios que geralmente não seriam disponibilizados. Mas, até que esses recursos financeiros cheguem às obras ou aos atingidos a que são destinados, há inúmeras oportunidades de desvio da verba, de modo que o valor nunca chega integralmente e nem suficiente.
8. Respostas da sociedade civil solidária, mas fragmentada e desordenada, sendo frequentemente substituídas pelas organizações humanitárias tradicionais já acostumadas a lidar com essas situações,

desmobilizando as ações locais e deixando o Estado em uma situação confortável de passividade.

9. Dificilmente faz-se o raciocínio de associação das condições sociais e históricas pré-existentes, de modo que essa ideologia do “desastre natural” inverte causa e consequência: a sociedade já mal estruturada e alimentadora de desigualdades sofre com a pandemia e as desigualdades passam a ser justificadas por ela.

Essa inversão leva ao esquecimento sobre as condições do país antes da pandemia, quando já lidávamos com 11,9% de desemprego, sendo que 41% da população se encontrava no mercado de trabalho informal^{21,22}. O avanço dos tão criticados governos petistas em diminuir a desigualdade social retrocede a passos largos, com a estimativa de que o Brasil volte ao mapa da fome ao final de 2020, com 7% da população (14,7 milhões) em situação de extrema pobreza²³. Estimou-se, em março deste ano, que seriam 222mil pessoas no país todo vivendo em situação de rua^{24,25}. Cerca de 16% da população brasileira, aproximadamente 35 milhões de pessoas, não tem acesso a água tratada, e 46% não tem acesso a saneamento básico com tratamento de esgoto²⁶. Ao invés de se pensar em políticas de acolhimento desses que não poderiam seguir as recomendações básicas de prevenção ao contágio (ficar em casa, lavar as mãos, usar máscaras), o governo tornou impraticável também para aqueles que teriam condições de segui-las.

Foram muitas as iniciativas da sociedade civil para mitigar os efeitos da pandemia. Viu-se a incrível e inspiradora capacidade de organização das comunidades, as “favelas”, do Rio de Janeiro e de São Paulo, com projetos como o Favela Sem Corona (RJ) que possibilitou distribuição de testes rápidos, máscaras, álcool em gel e sabonete para aqueles invisibilizados na sociedade, que compõe grande parte da base trabalhadora²⁷.

Até mesmo em relação às populações indígenas, sabidamente mais vulneráveis as doenças da sociedade urbanizada, que vem sendo dizimada também por meio delas desde as épocas das grandes navegações e da invasão da América, foram ativamente desassistidas e atacadas pela presidência. Bolsonaro chegou a tentar vetar parcialmente (por orientação de Damares, ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos) o projeto de lei que previa acesso universal a água, distribuição de materiais de higiene, limpeza e desinfecção e oferta emergencial de leitos hospitalares e de terapia intensiva às populações indígenas, quilombolas e povos tradicionais considerados “grupos em situação de extrema vulnerabilidade”^{28, 29,30}. No inacreditável discurso a ONU, em setembro, o presidente chegou a culpar os povos originários pelas queimadas em quase todos os biomas brasileiros, das quais também negou a gravidade. A área atingida no Pantanal é a maior na história. As queimadas foram sabidamente iniciadas em grandes fazendas pecuaristas, como atestam as provas de imagens de satélites reunidas pela Polícia Federal^{31, 32, 33, 34}.

Além dos grandes desastres e crimes ambientais, outra discussão que ganhou espaço durante o ano de 2020 foi o preconceito racial quando cenas absurdas de violência policial e morte de jovens pretos tomaram os noticiários do Brasil e dos Estados Unidos. Junto a isso, um estudo de Nova York mostrou pior prognóstico e maior mortalidade para negros e outras minorias raciais. No Brasil os dados são imprecisos, visto que ainda que a declaração racial conste nas fichas de notificação, a maioria dos casos é notificado como “raça não identificada”. Mas entendendo o processo de determinação social do processo saúde-doença, consequência da marginalização histórica dessa população com piores condições de habitação e maior prevalência de doenças crônicas (como hipertensão arterial,

diabetes mellitus, obesidade e doenças respiratórias) sabidamente fatores de risco para gravidade de casos de COVID-19, não é difícil assumir que a realidade brasileira se assemelha ao apontado pelo estudo nova iorquino^{35,36}.

5. O sofrimento e o luto coletivo na pandemia

Toda a humanidade e cada indivíduo em si foram prejudicados e sofreram de alguma maneira pela pandemia.

Podemos começar falando do luto literal ocasionado por mais de 1 milhão de mortes, até o momento de conclusão deste texto, dos mais de 35 milhões de casos confirmados no mundo, segundo o painel interativo da OMS³⁷. Mortes essas que se deram em vigência das medidas de distanciamento, trazendo mais sofrimento aos familiares e doentes.

Durante a internação, devido a restrição de visitas, foi necessário que os profissionais de saúde adaptassem suas capacidades de comunicação, visto que os recursos não verbais, tão importantes nas culturas latinas por exemplo, estavam restritos. A interação do doente com os familiares por meio de vídeo chamadas, ferramenta importante para o alívio do sofrimento e para melhor elaboração do processo, relatada e recomendada na literatura, nem sempre está disponível em locais com recursos tecnológicos limitados. Na minha experiência notei que a própria disponibilidade de profissionais específicos para realizarem essas comunicações pode ser um problema, visto que é necessário tempo em meio às demais tarefas do serviço e esse tempo é um fator essencial para que se tenha preparo, sensibilidade e paciência exigidos em momentos delicados como esses.

O sofrimento dos que ficam pode cursar ainda com a culpa e a desconfiança de ter contaminado o doente que veio a falecer. Além disso, não era incomum que mais de um membro da família estivesse doente e em estados graves, somando-se ao luto o medo de outra perda e a necessidade de continuarem cuidados e preocupações com os demais familiares. Fica ainda mais complicado quando a realização dos ritos de passagem tradicionais, bem como a presença e o apoio de amigos e da comunidade nesses momentos, fica comprometida pelas recomendações sanitárias. A cartilha do Ministério da Saúde orienta que os funerais não são recomendados, mas se realizados, de acordo com a realidade local, devem conter no máximo 10 pessoas, evitando-se a presença de grupos de risco e sem pessoas sintomáticas respiratórias, em ambiente aberto, sem alimentação no local, com disponibilização de materiais para higienização das mãos, sem contato físico e seguindo as normas de distanciamento. No entanto, a falência dos sistemas funerários, em grandes cidades como Nova Iorque³⁹, ou nos centros urbanos mais afastados no Brasil⁴⁰ evidencia que cumprir com os rituais de despedida, tão antigos e intrínsecos a humanidade, foi um grande desafio.

As cenas dessa sobrecarga funerária e os gigantescos números de mortes diárias geraram um clima de terror que afetou mesmo os que não tiveram que lidar com mortes de conhecidos, trazendo medo, tristeza e luto pela empatia e solidariedade aos que sofrem. O negacionismo reforçado por figuras do governo dificulta e prejudica ainda mais esses processos, ao atravessar a dor dos enlutados minimizando suas perdas e ao impedir que outros compreendam a situação. Atingindo situações extremas, por exemplo, quando a disseminação de uma falsa notícia de caixões vazios sendo enterrados para impacto midiático levou famílias a

exigirem que se abrissem as urnas durante o enterro, indo contra as normas sanitárias e expondo trabalhadores do sistema funerário e demais presentes ao risco de contaminação, além do constrangimento e desconforto ocasionado pela situação⁴¹.

Há cerca de dez anos, a pesquisadora Maria Helena Pereira Franco, em seu livro *Formação e Rompimento de Vínculos: O Dilema das perdas na Atualidade*, já alertava para a tendência de lutos complicados devido ao aumento da violência, acidentes, terrorismo e das mortes em massas. Essas mortes traumáticas são difíceis de elaborar não só pelos familiares e amigos, mas também pela sociedade.

De modo geral, trata-se de um momento de vulnerabilidade e fragilidade em que inevitavelmente somos confrontados com a finitude da vida, da nossa e dos outros. Nisso já podemos identificar causas de luto simbólico, para além dos planos e expectativas pessoais atravessados pela pandemia. A incerteza de quando acabará a pandemia e como será após geram ainda um luto antecipatório pela nossa forma de viver e pelo mundo como conhecíamos, manifestando-se na forma de sofrimento psíquico. Esse é intensificado ainda mais pelo isolamento social e consequente perda de ferramentas de enfrentamento baseadas em alguma forma de socialização ou em lugares públicos.

A “quarentena” se estendendo por mais de seis meses fez com que a taxa de adesão caísse, gerando mais uma nova fonte de sofrimento psíquico ao criar o embate entre os que ainda seguiam o isolamento social à risca e os que agora seguiam a vida no “novo normal”, frequentando bares, restaurantes, shoppings e praias em grandes volumes.

Ao vislumbrar tantas mortes e tanto sofrimento, surgem também os questionamentos sobre o sentido da vida e as questões relacionadas a humanidade que caracterizam o sofrimento espiritual. Entendendo a espiritualidade como algo diferente e maior do que religiosidade, sabe-se que alguns ritos e manifestações podem ter sido prejudicados e impedidos pela nova dinâmica social.

Vale lembrar que foram muitos os desempregados, que tiveram que lidar com a perda do papel e do prestígio social, além da diminuição de renda, formas clássicas de sofrimento social. Os empregados no regime de home-office que também tiveram que lidar com o fechamento das escolas (e consequente o aumento da demanda de cuidados com as crianças e com o lar) tiveram de lidar ainda com a modificação e a sobrecarga de papéis sociais.

Com todo o contexto socioeconômico e político exposto previamente poderíamos dizer que temos também uma esfera de sofrimento sociopolítico. Há aqueles que sofrem por ter consciência crítica para enxergar a figura geral mais ampla, os determinantes sociohistóricos, o abandono e a perseguição que sofrem alguns grupos, e as consequências de decisões políticas longe do nosso olhar imediato. São aqueles que sofrem pelo outro, pelo desgoverno, pelo futuro do país.

No início da pandemia acreditava-se e disseminava-se a ideia de que a COVID-19 era para a maioria das pessoas uma mera “gripezinha” e que somente evoluíam com gravidade aqueles com fatores de risco. Ao longo do tempo notou-se que mesmo as pessoas jovens e saudáveis podiam ter quadros gravíssimos chegando até a falecerem pelas complicações das doenças. Notou-se também que pessoas recuperadas da doença, mesmo de quadros leves, poderiam seguir com sequelas, uma dispnéia e um cansaço que persistiam por até mais de três meses em

alguns estudos, questionou-se inclusive que impacto esse comprometimento físico poderia ter na produtividade futura.

Para além dos acometidos pela doença, cujo sofrimento físico é evidente, ainda mais em cenários em que o suporte respiratório e antálgico era escasso, vimos profissionais de saúde se submetendo a jornadas ainda mais longas e exaustivas de trabalho. Fotos das marcas deixadas pelos EPIs correram pela internet, gerando comoção pelo sofrimento físico a que se submetiam aqueles que abriam mão da própria qualidade de vida, do convívio familiar, para cuidar do próximo em um cenário caótico.

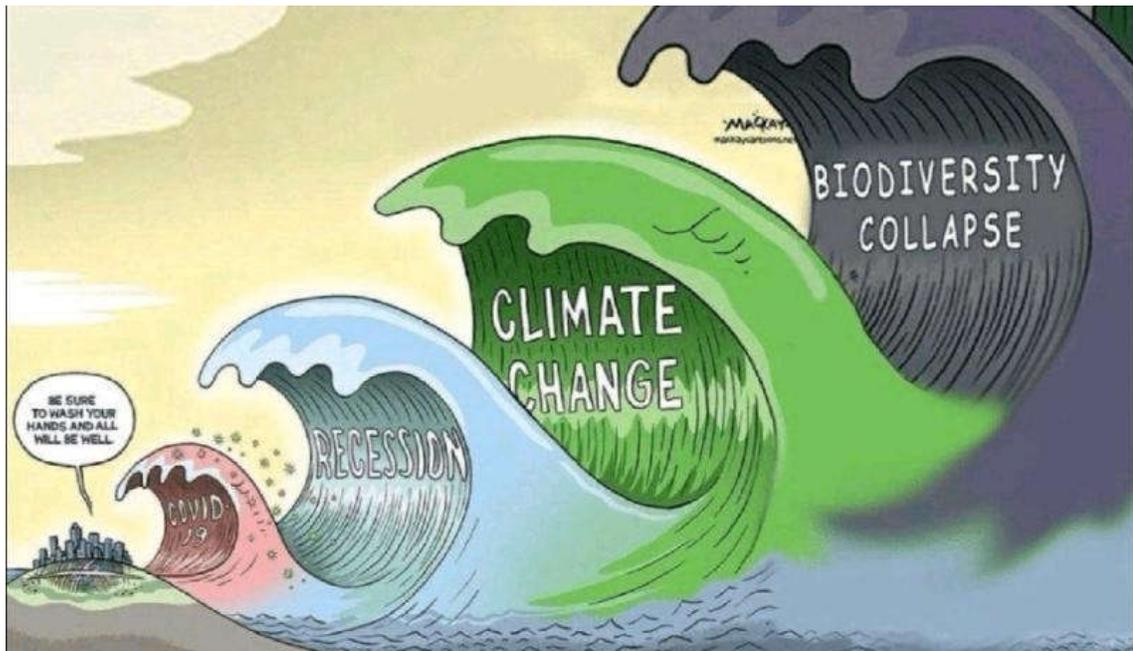
Em síntese, vi, em mim e nos outros, todas as esferas de sofrimento e um luto de muitas dimensões durante a pandemia em 2020. Senti a perda do meu papel social ao ter que ficar em casa e ler notícias de hospitais lotados, ao mesmo tempo em que sentia o peso da responsabilidade social de ficar em casa e não contaminar ninguém, especialmente quando retomei as atividades práticas. Fiquei horrorizada com o sofrimento dos outros, dos que morriam, dos que ficavam, dos que lutavam na linha de frente e dos que por serem marginalizados na nossa sociedade carregavam em dobro os fardos da pandemia. Sofri ao ver o descaso, a naturalização e a negação de tudo que estava acontecendo, como se a perda de centenas de milhares de vidas não fosse relevante, afinal, o que importa para muitos é a economia, o capital e a falsa liberdade neoliberal. Questionei-me, diversas vezes, o sentido de tudo isso, a essência da humanidade, o porquê da vida e o que há depois da morte. A mente a mil e o corpo tentando sinalizar e direcionar a angústia. No último ano de minha graduação, os diferentes conhecimentos e aprendizados aqui expostos se uniram para dar sentido ao caos que eu sentia aqui dentro e via lá fora, para formar um raciocínio que desse propósito e indicasse por onde caminhar e o que esperar do meu futuro como médica.

6. Conclusão - a vida pós-pandemia: o que esperar? Como se cuidar?

Pouco se sabe e muito se especula sobre o mundo pós pandemia. Será que voltaremos a nossa vida de antes? Por quanto tempo ainda teremos que manter os cuidados? Será que a humanidade vai mudar? Há chances de sairmos dessa mais solidários?

Sabe-se que teremos uma crise financeira pela piora que a pandemia trouxe a situação socioeconômica mundial. Sabe-se que a crise ambiental, cuja COVID-19 foi só uma das resultantes, só crescerá ameaçando cada vez mais a sobrevivência humana. Nem sempre o futuro parece promissor.

Figura 4



EL AKKAWI, Dania. Climate Change and COVID-19: There Is More Than One Curve to Flatten. In: **The Cairo Review of Global Affairs**. [S. l.], 28 jun. 2020. Disponível em: <https://www.thecairoreview.com/midan/climate-change-and-covid-19-there-is-more-than-one-curve-to-flatten/>. Acesso em: 3 out. 2020

Sempre soubemos que a vida é imprevisível, mas fomos duramente confrontados com essa verdade durante o ano de 2020. O mundo sempre foi e será, talvez cada vez mais, caótico e difícil. É preciso saber modular a resposta emocional, lidar com a ansiedade, desacelerar e nos cuidar independente do cenário.

O que me ajudou a encontrar isso nos últimos tempos foi a meditação. Resisti diversas vezes a sugestão da prática de meditação como ferramenta de autocuidado. Acreditava que “não era pra mim”, uma mente como a minha, tão agitada, jamais conseguiria ficar parada, em silêncio e concentrada por muito tempo. Nem acreditava que poderia realmente fazer diferença. Mas descobri então a técnica de “*Mindfulness*”, ou atenção plena, baseada na observação intencional e não julgadora do momento presente e do fluxo de pensamentos. Não se trata de silenciar a mente, mas de aceitar o constante movimento e não interferir, julgar, tentar mudar ou lutar contra. É sobre observar e direcionar a atenção.

Esse tipo de meditação funciona como um “treinamento da mente” e possui consideráveis evidências científicas de sua efetividade. Inclui práticas de atenção focada, de monitorização aberta, de bondade-amorosa e de compaixão. Em relação a atenção, são trabalhadas a estabilidade, o controle voluntário e seletivo, e a eficiência. Essa última habilidade leva também a economia de atividades cognitivas para realizar uma tarefa. As práticas de bondade-amorosa e de compaixão buscam cultivar os sentimentos de felicidade e de boa vontade frente ao sofrimento.

Compaixão pode ser definida como a “sensibilidade ao sofrimento com o compromisso de aliviar e preveni-lo”. Enquanto autocompaixão envolveria ter “sentimentos de compreensão e não-julgamento” frente às falhas e aos sofrimentos próprios (Gilbert, 2018; Neff 2003). Ambas, assim como a capacidade de empatia,

são importantes para que os profissionais de saúde se mantenham humanizados e sensibilizados a dor outro ao longo dos anos e não atinjam estados de "fadiga da compaixão" e "burnout". Alguns estudos sugerem que práticas baseadas em *mindfulness* pra redução de estresse (MBSR) podem auxiliar nesse processo.

Há evidências de que a prática de *mindfulness* pode trazer ou aumentar a sensação de bem estar, reduzir sintomatologias de psicopatologias e condições crônicas, e inclusive melhorar a capacidade e a flexibilidade cognitiva. Intervenções de MBSR se mostraram efetivas para melhora do nível de atenção e de estratégias de enfrentamento de situações difíceis e estressantes, além de melhorar também o controle emocional. Os estudos de neuroimagem mostram que práticas de compaixão ativam regiões cerebrais responsáveis por afetos positivos, enquanto práticas de *mindfulness* voltadas a atenção ativam áreas relacionadas a cognição e reduzem a atividade de áreas relacionadas a afetos negativos, mas ambas tem resultados finais semelhantes.

A meditação é uma das técnicas mais simples de autocuidado. Só são necessários alguns minutos diários consigo mesmo, de preferência em ambiente calmo e silencioso (ainda que meditar com barulhos seja possível). O maior obstáculo é a disciplina e a priorização. Não somos ensinados a valorizar nosso bem estar. Pelo contrário, somos ensinados a colocar em primeiro lugar o trabalho e as demandas do dia a dia, somos constantemente bombardeados por informações e acabamos adoecendo e nos desgastando sem nem perceber. É preciso escolher se cuidar, escolher esse autocuidado antes de todas as outras coisas que parecem mais urgentes e importantes, mas não são.

Trata-se daquele princípio de garantir primeiramente a sua integridade e segurança para depois poder ajudar os outros. Temos que estar bem e saudáveis para poder agir e participar da mudança que queremos para o planeta e para a humanidade. Trata-se de nos conectarmos com nossa própria essência, nossas crenças e valores, aquilo que nos dá propósito e esperança para poder enxergar e aproveitar o que há de bom e lindo no mundo, afinal ainda estamos vivos, ainda estamos aqui e ainda há tempo.

“Não podemos mudar o que está acontecendo, mas podemos ajudar a
colocar o fardo em proporções suportáveis”
(Cicely Saunders)

Referências

1. SOUZA, Andressa Mayara Silva; PONTES, Suely Aires. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. **Analytica Revista de Psicanálise**, [S. l.], p. 69-85, dez. 2016.
2. PEREIRA, Silvana Maria; PIRES, Eliana Ferrante. As experiências de perdas e luto na contemporaneidade: um estudo bibliográfico. **Revista Educação**, [S. l.], p. 200-217, 2018.
3. BASSO, Lissia Ana; WAINER, Ricardo. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [S. l.], p. 35-43, 2011.
4. GROHOL, John M. Coping with Grief: The Ball & The Box. *In: Psych Central*. [S. l.], 11 set. 2019. Disponível em: <https://psychcentral.com/blog/coping-with-grief-the-ball-the-box/>. Acesso em: 29 set. 2020.
5. PESSINI, Léo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista de Bioética**, [S. l.], v. 10, p. 52-71, 25 nov. 2002.
6. OLIVEIRA, Clara Costa. Para compreender o sofrimento humano. **Revista de Bioética**, [S. l.], v. 24, p. 225-234, 2016.
7. GUIMARÃES, Fábio F. O Sentido do Sofrimento Humano. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**, [S. l.], 2012.
8. MINKOWSKI, Eugêne. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S. l.], p. 156-164.
9. SAPORETTI, Luis Alberto; ANDRADE, Letícia; SACHS, Maria de Fátima Abrantes; GUIMARÃES, Tânia Vanucci Vaz. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. *In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª. ed. [S. l.: s. n.], 2012. p. 42-53.
10. REIS, Isaac. A Retórica da Crise: Democracia e Estabilidade Institucional no Brasil em Tempos da Pandemia de Coronavírus. **Revista NAU Social**, [s. l.], v. 11, n. 20, p. 145-155, maio/out 2020.
11. LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes 1; MACHADO, Cristiani Vieira. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Caderno de Saúde Pública**, [s. l.], 2020.
12. COSTA, Ana Monteiro; BRÁZ, Cauê Assis. Economia capitalista neoliberal e pandemia COVID-19: entendendo a diferença de embarcações. **Grupo de Estudos e Pesquisa em Interculturalidade e Economias do Sul**, [s. l.], 2020.
13. PORTELLA, Sergio; OLIVEIRA, Simone Santos. A naturalização da pandemia no Brasil. **OSIRIS**, [s. l.], 2020.
14. Europa é o novo epicentro da pandemia de coronavírus, diz OMS. *In: G1*. [S. l.], 13 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/13/europa-e-o-novo-epicentro-da-epidemia-de-coronavirus-diz-oms.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
15. SHALDERS, André. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. *In: BBC News*. [S. l.], 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>. Acesso em: 29 set. 2020.
16. MAZUI, Guilherme. Após Teich alertar sobre risco da cloroquina, Bolsonaro defende o remédio e pede ministros 'afinados' com ele. *In: G1*. [S. l.], 13 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/13/apos-teich-fazer-alerta-sobre-cloroquina-bolsonaro-defende-o-medicamento-e-pede-ministros-alinhados-com-ele.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
17. ANDRADE, Fabiano. Teich deixa o Ministério da Saúde antes de completar um mês no cargo e após divergir de Bolsonaro. *In: G1*. [S. l.], 15 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/15/teich-deixa-o-ministerio-da-saude-antes-de-completar-um-mes-no-cargo.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
18. PORTINARI, Natália. Exército brasileiro tem estoque de cloroquina para 18 anos. *In: Extra*. [S. l.], 26 jun. 2020. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/brasil/exercito-brasileiro-tem-estoque-de-cloroquina-para-18-anos-rv1-1-24500378.html>. Acesso em: 29 set. 2020.
19. GORTÁZAR, Naiara Galarraga. O general-ministro que não contraria Bolsonaro. *In: El País*. [S. l.], 15 ago. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-15/o-general-ministro-que-nao-contraria-bolsonaro.html>. Acesso em: 29 set. 2020.
20. Militares já ocupam 21 cargos no Ministério da Saúde. *In: Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal*. [S. l.], 22 maio 2020. Disponível em: <https://www.condsef.org.br/noticias/militares-ja-ocupam-21-cargos-ministerio-saude>. Acesso em: 29 set. 2020.
21. ABDALA, Vitor; BRASIL, Cristina Índio do. Taxa de desemprego cai no país e fecha 2019 em 11,9%. *In: Agência Brasil*. [S. l.], 31 jan. 2020. Disponível em: [https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-01/taxa-de-desemprego-no-pais-fecha-2019-em-119#:~:text=Atualizado%20em%2031%2F01%2F2020,Geografia%20e%20Estat%3%ADstica%20\(IBGE\)](https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-01/taxa-de-desemprego-no-pais-fecha-2019-em-119#:~:text=Atualizado%20em%2031%2F01%2F2020,Geografia%20e%20Estat%3%ADstica%20(IBGE).). Acesso em: 29 set. 2020.
22. ALVARENGA, Darlan; CAVALLINI, Marta. Informalidade bateu recorde em 2019; veja histórias de quem trabalha por conta própria. *In: G1*. [S. l.], 25 dez. 2020. Disponível em:

- <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/12/25/informalidade-bateu-recorde-em-2019-veja-historias-de-quem-trabalha-por-conta-propria.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
23. Brasil está voltando ao mapa da fome, diz diretor da ONU. *In: Exame*. [S. l.], 12 maio 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/brasil-esta-voltando-ao-mapa-da-fome-diz-diretor-da-onu/#:~:text=Economista%20estima%20que%20quase%2014,at%C3%A9%20o%20fim%20de%202020&text=Com%20a%20pandemia%20de%20coronav%C3%ADrus,voltar%20ao%20Mapa%20da%20Fome.&text=O%20total%20chegaria%20a%20quase,segundo%20estudos%20do%20Banco%20Mundial>. Acesso em: 29 set. 2020.
 24. População de rua na cidade de SP aumenta 53% em 4 anos e chega a 24 mil pessoas. *In: G1*. [S. l.], 30 jan. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/01/30/populacao-de-rua-na-cidade-de-sp-chega-a-mais-de-24-mil-pessoas-maior-numero-desde-2009.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
 25. População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19. *In: IPEA*. [S. l.], 12 jun. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35811. Acesso em: 29 set. 2020.
 26. VELASCO, Clara. Raio X do saneamento no Brasil: 16% não têm água tratada e 47% não têm acesso à rede de esgoto. *In: G1*. [S. l.], 24 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/06/24/raio-x-do-saneamento-no-brasil-16percent-nao-tem-agua-tratada-e-47percent-nao-tem-acesso-a-rede-de-esgoto.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
 27. <https://favelasemcorona.com/sobre.html>. Acesso em: 29 set. 2020.
 28. FELLETT, João. Coronavírus pode dizimar povos indígenas, diz pesquisadora. *In: BBC News*. [S. l.], 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52030530>. Acesso em: 29 set. 2020.
 29. AMADO, Guilherme. Damares alegou falta de consulta a indígenas ao pedir veto para oferta de uti e água potável. *In: Epoca*. [S. l.], 10 set. 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/guilherme-amado/damares-alegou-falta-de-consulta-indigenas-ao-pedir-veto-para-oferta-de-uti-agua-potavel-24632056>. Acesso em: 29 set. 2020.
 30. Congresso derruba vetos de Bolsonaro à lei que protege indígenas na pandemia Fonte: Agência Senado. *In: Epoca*. [S. l.], 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/19/congresso-derruba-vetos-de-bolsonaro-a-lei-que-protege-indigenas-na-pandemia>. Acesso em: 29 set. 2020.
 31. Veja íntegra do discurso de Jair Bolsonaro na abertura da 75ª Assembleia Geral da ONU. *In: G1*. [S. l.], 22 set. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/09/22/veja-a-integra-do-discurso-de-jair-bolsonaro-na-abertura-da-75a-assembleia-geral-da-onu.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.
 32. BRONZE, Giovanna. Pantanal atinge maior taxa histórica de queimadas em 2020. *In: CNN Brasil*. [S. l.], 14 set. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/09/14/pantanal-atinge-maior-taxa-historica-de-queimadas-em-2020>. Acesso em: 29 set. 2020.
 33. JR, Amaury Ribeiro. PF já tem provas para indiciar fazendeiros de MS por queimadas no pantanal. *In: UOL Notícias*. [S. l.], 25 set. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/amaury-ribeiro-jr/2020/09/25/pf-ja-tem-provas-para-indiciar-fazendeiros-por-queimadas-no-pantanal.htm>. Acesso em: 29 set. 2020.
 34. CAMARGOS, Daniela; CAMPOS, André. Fogo no Pantanal Mato-grossense começou em fazendas de pecuaristas que fornecem para gigantes do agronegócio. *In: Repórter Brasil*. [S. l.], 22 set. 2020. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2020/09/fogo-no-pantanal-mato-grossense-comecou-em-fazendas-de-pecuaristas-que-fornecem-para-gigantes-do-agronegocio/>. Acesso em: 29 set. 2020.
 35. SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, [s. l.], 2020.
 36. PIRES, Breiller. Entre a vida e a morte sob tortura, violência policial se estende por todo o Brasil, blindada pela impunidade. *In: El País*. [S. l.], 30 jun. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-30/entre-a-vida-e-a-morte-sob-tortura-violencia-policial-se-estende-por-todo-o-brasil-blindada-pela-impunidade.html>. Acesso em: 29 set. 2020.
 37. Painel interativo. *In: OMS*. [S. l.], 29 set. 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 29 set. 2020.
 38. MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**, [S. l.], 25 mar. 2020.
 39. Coronavírus: com sistema funerário no limite, corpos se acumulam em nova york. *In: Epoca*. [S. l.], 2 maio 2020. Disponível em: <https://epoca.globo.com/mundo/coronavirus-com-sistema-funerario-no-limite-corpos-se-acumulam-em-nova-york-24405996>. Acesso em: 29 set. 2020.
 40. Colapso na saúde e enterros em valas coletivas em Manaus assustam senadores. *In: Agência Senado*. [S. l.], 22 abr. 2020. Disponível em:

- <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/04/22/colapso-na-saude-e-enterros-em-valas-coletivas-em-manaus-assustam-senadores>. Acesso em: 29 set. 2020.
41. Família abre caixão em velório e cinco são contaminados por Covid-19 na Bahia. *In: Istoe*. [S. l.], 13 maio 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/familia-abre-caixao-em-velorio-e-cinco-sao-contaminados-por-covid-19-na-bahia>. Acesso em: 29 set. 2020.
 42. GUIMARÃES, Raul Borges *et al.* O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. **Estudos Avançados**, [s. l.], 2020.
 43. SILVA, Carla Larissa Fonseca da *et al.* Impactos socioambientais da pandemia de SARS-COV-2 (covid-19) no Brasil: como superá-los?. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, [s. l.], v. 15, n. 04, p. 220-236, 2020.
 44. SOUZA, Diego Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], p. 2469-2477, 2020.
 45. Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, 2020.
 46. Magalhães JRF, Soares CFS, Peixoto TM, Estrela FM, Oliveira ACB, Silva AF, et al. Implicações Sociais e de Saúde que acometem pessoas enlutadas pela morte de familiares por COVID-19. **Rev baiana enfermagem**, 2020
 47. FONTES, Wendney Hudson de Alencar *et al.* Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, [s. l.], v. 14, n. 51, p. 303-317, Julho 2020.
 48. LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva *et al.* Pandemia da covid 19: implicações para a saúde e qualidade de vida. **Temas em saúde**, [s. l.], p. 51-60, 2020.
 49. EL AKKAWI, Dania. Climate Change and COVID-19: There Is More Than One Curve to Flatten. *In: The Cairo Review of Global Affairs*. [S. l.], 28 jun. 2020. Disponível em: <https://www.thecaireview.com/midan/climate-change-and-covid-19-there-is-more-than-one-curve-to-flatten/>. Acesso em: 3 out. 2020
 50. Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A and Poli A (2020) Mindfulness, Compassion, and Self-Compassion Among Health Care Professionals: What's New? A Systematic Review. **Front. Psychol.** V. 11:1683, 2020.