

Referência: Peres, TG et al. Perdas múltiplas, morte/morres e processos de luto em emergências e desastres no cenário hospitalar. In: Oliveira, AB (org.). Hospitais seguros e resilientes: desafios e estratégias de preparação e respostas a emergências e desastres. Curitiba: CRV, 2024. P 453-468.

PERDAS MÚLTIPLAS, MORTE/MORRER E PROCESSOS DE LUTO EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES NO CENÁRIO HOSPITALAR

Tyele Goulart Peres – Doutora em Ciências da Saúde e Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com período sanduíche no *College of Education and Human Sciences* (University of Nebraska-Lincoln, Estados Unidos). Possui formação complementar em Saúde Pública no *Harvard-Brazil Collaborative Public Health Field Course*, desenvolvido pela Harvard T.H. Chan e pela Universidade Federal do Ceará. Psicóloga pela Faculdade Anhanguera e Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Dom Bosco. Realiza estudos sobre saúde mental e eventos estressores, especialmente relacionados a perdas, luto, trauma e resiliência. E-mail: ptyele@gmail.com
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/1745204980967190>

Beatriz Schmidt – Pós-Doutorado em Psicologia pela Ohio State University (OSU, Estados Unidos) e pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Psicologia pela UFRGS, com período sanduíche no *Human Development and Family Science Program* (OSU). Psicóloga, Especialista em Saúde da Família e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora no Curso de Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Realiza estudos sobre temas atinentes ao desenvolvimento humano e às relações familiares em contextos de saúde, com ênfase a eventos estressores predizíveis e imprevisíveis no ciclo vital. E-mail: psibeatriz@gmail.com
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/4017757404017421>

Mayla Cosmo Monteiro – Pós-doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Doutora e Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio. Especialista em Psicologia Hospitalar aplicada à cardiologia pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

(Incor/HCFMUSP). Formação clínica em Gestalt-terapia e em *Somatic Experiencing* (SE). Coordenadora do Serviço de Psicologia Hospitalar da Clínica São Vicente. Responsável técnica da Inner Psicologia. Coordenadora e professora dos cursos de especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde, e de extensão Morte e Luto no Contexto Hospitalar e da Saúde, ambos pela PUC-Rio. Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH). Desenvolve estudos sobre a gestão do morrer e do luto no hospital e no contexto da saúde, e sobre psicologia hospitalar. E-mail: mayla.cosmo@uol.com.br
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/9993549925653440>

Laura Teixeira Bolasell – Mestra em Cognição Humana pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e estudante de Doutorado na mesma instituição, com período sanduíche no Departamento de Psicologia Clínica e Psicopatologia Experimental (University of Groningen, Países Baixos). Especialista em Intervenção em Situações de Luto pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI) e especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV). Atua como psicóloga assistencial no HMV, psicóloga clínica e professora dos cursos de especialização em Psicologia Hospitalar, da Faculdade de Ciências da Saúde Moinhos de Vento (FACSMV). Realiza pesquisas sobre as reações emocionais e a saúde mental associadas a perdas e luto. E-mail: lauratbolasell@gmail.com
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/9302030254719647>

Débora da Silva Noal – Pós-Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Doutora e Mestre em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), com período sanduíche na *Division of Social and Transcultural Psychiatry* (McGill University, Canadá). Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Sergipe. Coordenadora do Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública (NUSMAPS), da FIOCRUZ. Desenvolve trabalhos relativos ao cuidado em saúde a populações e trabalhadores que vivenciam desastres naturais (terremotos, furacões, deslizamentos de terra, inundações, etc.) e humanos (guerras, conflitos armados, conflitos étnicos, desnutrição severa, migrações e deslocamentos forçados). E-mail: noaldebora@gmail.com
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/4750947354812360>

Maria Aparecida Crepaldi – Pós-Doutorado pela Universidade do Québec (UQÀM, Canadá) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com período sanduíche na Universidade de Paris (Paris VI). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Especialista em Psicologia Clínica Infantil pelo Hospital das Clínicas da USP, em Terapia Familiar e de Casal pelo Instituto de Terapia Familiar de São Paulo (ITF) e pela *Association Parisienne de Recherche et Thérapie Familiale* (APRTF, França). Psicóloga pela USP. Professora Titular aposentada da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Realiza pesquisas e intervenções nas áreas de Psicologia da Saúde, Psicologia da Família e Terapia Individual, Conjugal e Familiar. E-mail: maria.crepaldi@gmail.com
Link para o CV Lattes (CNPq): <http://lattes.cnpq.br/5135005921390643>

Introdução

Emergências complexas e desastres trazem consigo perdas múltiplas, sejam elas simbólicas ou concretas. Nesse sentido, emergências em saúde pública (ESP) que envolvem surtos e epidemias (ex., COVID-19) se associam à perda de vidas humanas e, adicionalmente, de práticas sociais até então estabelecidas, modos de viver e de se relacionar com outras pessoas (CREPALDI *et al.*, 2020; MAYLAND *et al.*, 2020). Desastres, tais como inundações e deslizamentos, também podem provocar a perda de vidas humanas, bem como de moradias, animais de estimação ou utilizados para trabalho, espaços comunitários, propriedades rurais, comércios e templos religiosos (COGO *et al.*, 2024; ZAREIYAN *et al.*, 2024).

De maneira geral, as ESP e os desastres rompem com o que é conhecido pelos indivíduos, provocando questionamentos acerca do sentido da vida, das crenças, do senso de segurança e, até mesmo, do senso de si (SCHULENBERG, 2020). Diante desses diferentes desafios e mudanças repentinas, é possível observar repercussões sobre a saúde mental e o bem-estar individual e coletivo, devido ao estressor primário (i.e., a ESP ou o desastre) e aos estressores secundários (i.e., relacionados à reconstrução da vida após o evento extremo) (COGO *et al.*, 2024). Essas transformações abruptas e potencialmente traumáticas frequentemente demandam um longo tempo de recuperação e tendem a aprofundar vulnerabilidades preexistentes (KELLY *et al.*, 2023; SCHMIDT *et al.*, 2024; ZAREIYAN *et al.*, 2024).

Frente a esse cenário que envolve perdas múltiplas, uma quantidade expressiva de pessoas e famílias pode experienciar o luto (EYETSEMITAN, 2022). Embora considerado um processo normativo de adaptação a uma perda significativa, o luto consiste em uma transição dolorosa, com transformações emocionais, comportamentais, físicas, cognitivas e sociais (WORDEN, 2018). No contexto de eventos extremos, os processos de luto costumam ser desencadeados frente a diferentes tipos de perda, caracterizando-se como particularmente desafiadores aqueles derivados da perda de vidas humanas (ZAREIYAN et al., 2024).

Este capítulo aborda perdas múltiplas, morte/morrer e processos de luto em ESP e desastres, considerando as especificidades do cenário hospitalar. Nesse sentido, estrutura-se em duas seções principais, nas quais são exploradas as particularidades das perdas e dos lutos em ESP e desastres, bem como estratégias de cuidado que podem ser utilizadas no contexto hospitalar. Notadamente, a primeira seção enfatiza perdas múltiplas e sobrecarga de luto, rituais de despedida e cerimônias funerárias, além de crescimento pós-traumático. A segunda seção apresenta estratégias que visam a qualificar o cuidado ofertado no cenário hospitalar após a vivência de uma ESP ou um desastre, considerando as pessoas enlutadas.

O cuidado aos processos de perdas e lutos é um componente fundamental das ações de saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) em ESP e desastres. Quando a abordagem a essas vivências ocorre no cenário hospitalar, faz-se necessário analisar as repercussões psicossociais derivadas das perdas anteriores à hospitalização, juntamente aos estressores relativos à internação em caráter abrupto, no contexto de um evento extremo. O objetivo desse cuidado é oferecer suporte adequado para lidar com o sofrimento dos indivíduos e das famílias afetadas (i.e., pessoa hospitalizada e membros de sua rede socioafetiva), que pode ser associado a diagnósticos graves, finitude da vida e óbito de entes queridos, favorecendo processos adaptativos de enfrentamento às perdas e vivência dos lutos (CREPALDI *et al.*, 2020; DJELANTIK *et al.*, 2020; KENTISH-BARNES *et al.*, 2021).

Espera-se que, ao final do capítulo, o leitor amplie sua compreensão sobre os seguintes tópicos: desafios e possibilidades no cuidado aos processos de perdas e lutos no cenário hospitalar; importância de profissionais da saúde conhecerem e orientarem usuários de serviços hospitalares sobre reações esperadas frente a esses processos; fatores de risco e proteção; e, intervenções possíveis em ESP e desastres.

Perdas e Lutos: Particularidades do Contexto de Emergências em Saúde Pública e Desastres

A morte é um fenômeno universal e, apesar de consistir em um fato biológico vivenciado por todas as pessoas, é atravessada pela experiência social, cultural, espiritual e psicológica. Nesse sentido, o luto consiste em um processo natural no desenvolvimento humano, representando a transformação de um vínculo até então estabelecido com uma pessoa ou algo significativo (WORDEN, 2018). Embora a vivência de luto seja singular, é esperado que as pessoas enlutadas apresentem algumas reações emocionais, comportamentais, físicas e cognitivas, as quais são descritas a seguir:

- a) Reações Emocionais: tristeza, raiva, culpa, solidão, desesperança, angústia e sensação de falta de controle (COGO *et al.*, 2024).
- b) Reações Comportamentais e Físicas: alterações no sono, alterações gastrointestinais, isolamento, choro e distração (COGO *et al.*, 2024). Além disso, alguns enlutados podem evitar lembranças do falecido, ao passo que outros podem visitar lugares ou guardar objetos que remetam ao falecido (WORDEN, 2018).
- c) Reações Cognitivas: descrença em relação à perda, confusão relacionada à própria identidade, preocupações quanto ao futuro e sensação de que a vida deixou de ter sentido (COGO *et al.*, 2024; WORDEN, 2018).

O luto consiste em um processo normativo, embora individual e multifacetado, de modo que cada pessoa vivencia de forma única a adaptação à nova configuração de vida com a ausência física da pessoa falecida (WORDEN, 2018). No cenário hospitalar, em particular, o enfrentamento envolvendo perdas e lutos é atravessado por alguns determinantes (MONTEIRO; GENARO; RODRIGUES, 2023; COELHO; DELALIBERA; BARBOSA, 2015), tais como: características de quem morreu ou se encontra em risco de morte; características do enlutado (ex., grau de parentesco, estilo de vinculação, aspectos referentes à saúde mental, estratégias de enfrentamento, lutos anteriores, apoio social, funcionamento familiar, contexto sociocultural e religioso); e, características da relação entre eles. Adicionam-se a esses determinantes os fatores situacionais que englobam as circunstâncias da finitude da vida, do processo de morrer e da morte, as condições do tratamento (ex., satisfação com os cuidados da equipe de saúde), as condições do cuidar (ex., sobrecarga emocional, física e econômica do cuidador) e outros estressores concorrentes que afetam os enlutados no momento de perda iminente, morte/morrer ou, ainda, no período subsequente.

A investigação dos determinantes do processo de luto é importante, na medida em que permite identificar as pessoas mais suscetíveis a complicações na adaptação à perda (COELHO; DELALIBERA; BARBOSA, 2015), além de conhecer os fatores de risco e

reforçar os fatores de proteção (i.e., apoio social, incluindo pessoas da rede socioafetiva e dispositivos institucionais, presença de espiritualidade, boa relação com a equipe de saúde, entre outros). Ademais, é fundamental compreendê-los a partir de aspectos como: contexto da morte, cultura, personalidade do enlutado, função e significado que o indivíduo atribui a tal acontecimento (BRAZ; FRANCO, 2017).

Em ESP e desastres, os processos de luto apresentam desafios e possibilidades singulares. Por exemplo, afora as perdas múltiplas, as famílias enlutadas podem enfrentar mudanças em rituais de despedida e cerimônias funerárias, o que tende a prejudicar o apoio social, frente à desarticulação da interação com a rede socioafetiva e com os dispositivos institucionais nos territórios afetados, implicando em repercussões aos processos de luto (COGO *et al.*, 2024; KELLY *et al.*, 2023). Por outro lado, em muitos casos, novas conexões são estabelecidas, com a oferta ou o reconhecimento de recursos e oportunidades que podem favorecer a qualificação das relações familiares e comunitárias, bem como o fortalecimento de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas (CREPALDI *et al.*, 2020; KRISTENSEN; FRANCO, 2021; SCHMIDT *et al.*, 2022). A seguir, amplia-se a discussão sobre os desafios referentes a alterações nos formatos tradicionalmente adotados para rituais de despedida e cerimônias funerárias, perdas múltiplas e sobrecarga do luto, além das possibilidades, com ênfase ao crescimento pós-traumático.

Perdas Múltiplas e Sobrecarga do Luto

As perdas múltiplas em ESP ou desastres consistem tanto na morte de dois ou mais entes queridos, quanto na sobreposição da(s) morte(s) com outras perdas emocionais, relacionais, materiais, financeiras e sociais (COGO *et al.*, 2024; EYETSEMITAN, 2022; TOBIN; LAMBERT; MCCARTHY, 2020). Cada perda desencadeia um processo de luto singular, de modo que diferentes processos de luto podem ser vivenciados concomitantemente por uma mesma pessoa (EYETSEMITAN, 2022; WORDEN, 2018). Não obstante, a sobreposição de diferentes processos de luto no decurso de um período relativamente curto de tempo é desafiadora, porque a pessoa enlutada pode ter dificuldades para assimilar por quem (ou pelo quê) está sofrendo, o que afeta o processamento da dor pelas perdas e os ajustamentos necessários à adaptação à nova configuração de vida (WORDEN, 2018).

Em linhas gerais, a vivência de perdas temporalmente sobrepostas ou sequenciais pode desencadear a sobrecarga de luto (EYETSEMITAN, 2022; KRISTENSEN; FRANCO,

2021; KASTENBAUN, 1969; WORDEN, 2018). Inicialmente postulado por Kastenbaum (1969), esse conceito descreve o impacto de perdas que não são espaçadas e que têm o potencial de levar ao esgotamento dos recursos de enfrentamento (NEIMEYER; HOLLAND, 2004). Nesse sentido, os enlutados que perderam entes queridos em um período relativamente curto podem permanecer por mais tempo em processo de luto, além de experienciarem a sensação de luto incompleto ou interrompido após uma nova perda acontecer (EYETSEMITAN, 2022; MERCER; EVANS, 2006).

A sobrecarga de luto decorrente de perdas múltiplas é frequentemente vivenciada em ESP derivadas de surtos de doenças infecciosas, como a epidemia de AIDS (TOBIN; LAMBERT; MCCARTHY, 2020) e a pandemia de COVID-19 (EYETSEMITAN, 2022). Em relação à epidemia de AIDS, destaca-se sobretudo o período prévio ao desenvolvimento dos medicamentos antirretrovirais (i.e., década de 1980), entre pessoas que experienciaram perdas múltiplas de entes queridos em decorrência da doença (TOBIN; LAMBERT; MCCARTHY, 2020). Nesses casos, o processo de luto pode ter sido ainda mais complexo em função de aspectos relativos à forma de contágio, à estigmatização social e ao afastamento das relações interpessoais, por rejeição, vergonha, culpa ou medo (WORDEN, 2018).

Mais recentemente, um outro evento extremo que provocou perdas múltiplas e, por conseguinte, sobrecarga de luto, foi a pandemia de COVID-19, especialmente antes do desenvolvimento das vacinas, quando um grande número de pessoas faleceu pela doença em um curto espaço de tempo (EYETSEMITAN, 2022; SCHMIDT, *et al.*, 2022). De dezembro de 2019 a dezembro de 2023, o número óbitos notificados em todo o mundo ultrapassou sete milhões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024). Por se tratar de uma das ESP mais letais das últimas décadas, tem sido descrita como “tsunami da morte” (PHUTHEGELO; FAIMAU, 2023). A pandemia de COVID-19 trouxe desafios adicionais ao contexto de perdas devido às características da própria patologia, como o fácil contágio e a rápida progressão a óbito. Além disso, por ser uma doença “nova”, a indisponibilidade inicial de tratamentos e vacinas provocou medo, insegurança e sensação de impotência (AGUIAR *et al.*, 2022; SOLA *et al.*, 2023). Ademais, as particularidades da forma de transmissão se associaram a casos de infecção e óbito entre membros de uma mesma família ou grupo de convívio social (SCHMIDT *et al.*, 2022). Assim, muitas pessoas perderam entes queridos enquanto elas próprias buscavam se recuperar da doença, em meio às medidas de

distanciamento que dificultaram o recebimento e a oferta de apoio social, tanto no período anterior quanto posterior aos óbitos (CREPALDI *et al.*, 2020; EYETSEMITAN, 2022).

Em revisão de literatura sobre processos de luto durante surtos de doenças infecciosas, Mayland *et al.* (2020) identificaram como tema central a “multiplicidade de perdas”. Nessa direção, os autores destacaram as diferentes experiências de perda de vidas humanas, incluindo a morte de entes queridos, bem como o fato de testemunhar/saber de outros óbitos, além das perdas simbólicas de modos de vida e de práticas culturais e sociais. Pesquisas com esse enfoque são especialmente importantes em ESP e desastres, para identificar as demandas singulares de pessoas e famílias afetadas por perdas múltiplas. Cabe salientar, no entanto, que condições mais graves de saúde mental, que demandam cuidados em serviços especializados, tendem a ser apresentadas por uma pequena porcentagem da população atingida por eventos extremos (COGO *et al.*, 2024; INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE [IASC], 2007).

Rituais de Despedida e Cerimônias Funerárias

Outro desafio no contexto de ESP e desastres são os rituais de despedida e as cerimônias funerárias, cujo formato tradicionalmente utilizado pode ser alterado, em razão das particularidades do evento extremo (COGO *et al.*, 2024; CREPALDI *et al.*, 2020; KRISTENSEN; FRANCO, 2021). Em geral, as restrições impostas podem se associar a dificuldades para aceitação da realidade das perdas, manifestação de condolências de forma coletiva, compartilhamento da dor e oferta de suporte mútuo entre os membros da rede socioafetiva (AGUIAR *et al.*, 2022; SCHMIDT *et al.*, 2022). Assim, as adaptações aos rituais de despedida e às cerimônias funerárias nem sempre se alinham às expectativas das famílias, que podem considerar o formato utilizado inadequado ou insuficiente para honrar a memória daqueles que se foram (CREPALDI *et al.*, 2020; KRISTENSEN; FRANCO, 2021; KELLY *et al.*, 2023).

Na ESP causada pela COVID-19, por exemplo, frente à impossibilidade de contato face a face entre os doentes hospitalizados e seus familiares, uma alternativa foi oportunizar telefonemas ou videochamadas, com a mediação dos membros da equipe de saúde, além de outras adaptações, como a escrita de cartas e o envio de objetos que pudessem ser mantidos junto ao leito (CREPALDI *et al.*, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2022). Em relação às cerimônias funerárias, observou-se adaptações relativas à colocação de uma foto no espaço de velório, sobretudo quando era necessário que o caixão estivesse lacrado para evitar o risco de

contaminação póstuma, além da criação de memoriais online, em redes sociais (CREPALDI, *et al.*, 2020).

Em desastres, como inundações, deslizamentos e acidentes aéreos, além das perdas ocorrerem de forma súbita e inesperada, pode haver a demora para localização dos corpos e confirmação dos óbitos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em alguns casos, os corpos podem estar severamente mutilados ou, ainda, não serem encontrados, o que tende a dificultar a aceitação da realidade da perda, pois a visualização do corpo do ente querido falecido favorece a concretização da morte (WORDEN, 2018). Em territórios atingidos por desastres, em particular, destacam-se ainda as restrições a deslocamentos, o que prejudica a reunião dos membros da rede socioafetiva para prestar as homenagens finais (KRISTENSEN; FRANCO, 2021).

Crescimento Pós-Traumático

De forma geral, a literatura psicológica apresenta uma tendência a enfatizar os efeitos negativos derivados da experiência de um evento potencialmente traumático (SHANG *et al.*, 2022). No entanto, a perspectiva atual traz uma ampla gama de reações multifacetadas, além de indicar que a grande maioria das pessoas se recupera de maneira saudável e não desenvolve nenhum tipo de patologia associada a perdas e lutos em ESP e desastres (EYETSEMITAN, 2022; IASC, 2007). Inclusive, uma parcela dos indivíduos atingidos pode vivenciar mudanças positivas que vão para além do estado psicológico prévio ao evento extremo, o que remete às forças da natureza humana e à capacidade de adaptação e ressignificação de situações difíceis, do ponto de vista individual e coletivo. Essas transformações podem ser compreendidas em termos de crescimento pós-traumático (CPT), noção que contrapõe a patologização de processos normativos relativos à vivência de perdas e lutos (SHANG *et al.*, 2022; TEDESCHI; CALHOUN, 2004).

O CPT enfatiza o aprendizado e as transformações positivas que um indivíduo pode apresentar após um evento extremo, nos seguintes domínios: maior apreciação pela vida e mudanças no senso de prioridades; fortalecimento das relações interpessoais significativas; fortalecimento pessoal, aliado ao reconhecimento das próprias vulnerabilidades; delineamento de novas possibilidades para o futuro; mudanças espirituais (TEDESCHI; CALHOUN, 2004). Nem todos os indivíduos, porém, desenvolvem CPT após uma situação difícil e, mesmo os que apresentam mudanças positivas, não estão imunes ao sofrimento. Portanto, o CPT não se refere à ausência de dor, mas à oportunidade de aprender a partir

dela (CALHOUN; TEDESCHI, 1999; SHANG *et al.*, 2022). Dentre os fatores associados ao CPT em ESP e desastres, destaca-se o apoio social, derivado tanto da rede socioafetiva quanto de dispositivos institucionais (SHANG *et al.*, 2022). No que diz respeito ao apoio social proveniente de dispositivos institucionais, em particular, passa-se a abordar, na seção a seguir, ações possíveis diante de perdas múltiplas, morte/morrer e processos de luto no cenário hospitalar.

Estratégias de Cuidado no Contexto Hospitalar

Conforme visto anteriormente neste capítulo, as pessoas afetadas por ESP e desastres estão sujeitas à vivência de perdas múltiplas, o que pode se associar à sobrecarga de luto (EYETSEMITAN, 2022; KRISTENSEN; FRANCO, 2021; WORDEN, 2018). Com base em tal perspectiva, é fundamental pensar em estratégias que qualifiquem o cuidado ofertado. Assim, para orientar a atuação das equipes, pode-se recorrer à literatura sobre Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) aplicada ao contexto hospitalar (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015). Os PCP são uma estratégia empregada para fornecer apoio a pessoas em sofrimento que necessitem de assistência após a exposição a eventos extremos, com base em cinco princípios essenciais para atender às necessidades centrais de quem experiencia ESP e desastres: segurança, tranquilidade, conexão, senso de autoeficácia e esperança.

Portanto, o cuidado inicial oferecido no hospital pode ser guiado por esses princípios essenciais, com o intuito de favorecer o senso de segurança psicológica, física e relacional durante o período de internação (BEADMAN; CARRETO, 2023). A Tabela 1 apresenta intervenções que podem ser realizadas por todos os membros da equipe assistencial no contexto hospitalar, junto às pessoas internadas e seus familiares.

Tabela 1 - Abordando necessidades de pessoas hospitalizadas e seus familiares por meio de PCP

Necessidades	Possíveis intervenções
Segurança	- Repetir orientações antes e depois de qualquer procedimento; - Estratégias não-farmacológicas para reduzir o estresse agudo e a insônia, como higiene do sono;

	- Receber mensagens de segurança e tranquilidade de pessoas confiáveis (“estamos cuidando de você”; “pode nos comunicar qualquer dúvida ou necessidade”).
Tranquilidade	- Ter necessidades essenciais atendidas, como relativas a sede, fome e comunicação, e poder dormir sem interrupções por barulhos altos; - Receber informações acessíveis sobre o problema de saúde e o tratamento; - Utilização de estratégias de relaxamento e respiração para reduzir o medo e a ansiedade; - Trazer imagens de lugares seguros.
Conexão	- Facilitar a conexão com a família (permitir visitas estendidas, sempre que possível); - Escrever um “Diário de UTI”, com informações sobre as pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva, o que pode auxiliar no processo de recuperação e reabilitação; - Responder aos delírios e às alucinações de forma eficaz.
Senso de autoeficácia	- Encorajar a autonomia e a independência, dentro do possível; - Desencorajar a tomada de grandes decisões e estimular a resolução de problemas práticos do momento presente.
Esperança	- Identificar metas relacionadas à reabilitação; - Valorizar ganhos de saúde da pessoa hospitalizada; - Trabalhar para promover encorajamento e incutir esperança realista (não fazer promessas que não possam ser cumpridas ou garantidas).

*Extraída de Beadman e Carraretto (2023), traduzida e adaptada pelas autoras

Além da estratégia de PCP, recomenda-se que a prática assistencial esteja pautada no modelo do cuidado centrado na pessoa hospitalizada e na família (DAVIDSON *et al.*, 2017), que preconiza: ações psicoeducativas; realização de conferências familiares para melhorar a comunicação e reduzir os conflitos relacionados à tomada de decisão; acompanhamento por equipe de cuidados paliativos, sobretudo a pessoas com doenças graves e avançadas; oferta de apoio psicológico, social e espiritual, de forma a amenizar o sofrimento, principalmente em situações de finitude da vida e vivência de luto antecipatório; respeito aos valores e às preferências da pessoa hospitalizada.

Para o adequado acolhimento de perdas e lutos, é essencial que os profissionais de assistência hospitalar tenham uma compreensão geral sobre as principais reações esperadas diante desses eventos, as quais foram apresentadas anteriormente neste capítulo. No

cotidiano de cuidado, os diversos profissionais da equipe podem, em diferentes momentos, deparar-se com o sofrimento emocional da pessoa hospitalizada e de seus familiares. Durante a assistência, faz-se necessário reconhecer e validar as diferentes perdas e os diferentes lutos, assim como normalizar as manifestações de choro, tristeza, raiva e angústia (YILDIZ *et al.*, 2023). Permitir a expressão da dor e reassegurar a pessoa hospitalizada e seus familiares quanto à singularidade de cada processo é uma intervenção simples e assertiva no cuidado a esse tipo de sofrimento.

Destaca-se que todos os membros da equipe assistencial são responsáveis não apenas por acolher as reações emocionais e comportamentais, mas também por identificar sinais de risco psíquico. Diante do contexto de estresse agudo e hipervigilância, característico de ESP e desastres, somado às perdas múltiplas, é possível que algumas pessoas apresentem desorganização emocional ou comportamental que configure risco para si ou para os outros. Portanto, é crucial que a equipe esteja atenta para identificar quem são os indivíduos mais vulneráveis e quais são os sinais de risco que demandam avaliação e cuidados especializados (IASC, 2007). Esses sinais incluem: indivíduos com histórico psiquiátrico prévio conhecido; comportamentos autolesivos ou discursos que indiquem ideação suicida (expressões do tipo “gostaria de estar morto”); alterações comportamentais, como apatia, dissociação ou agitação psicomotora; sentimentos de desesperança ou falta de propósito; crises agudas ou intensas de ansiedade, com difícil controle comportamental.

Além disso, para assegurar a continuidade de cuidados, é essencial a articulação dos serviços hospitalares com os demais dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em seus diferentes níveis. Nesse sentido, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS), para apoios focados não especializados, envolvendo intervenções em nível individual, familiar ou grupal (SCHMIDT *et al.*, 2024). Por outro lado, para casos cujo grau de sofrimento é intolerável, com prejuízos significativos ao funcionamento cotidiano, faz-se necessário o suporte por serviços especializados, por meio da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, em particular, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Adicionalmente, como as demandas derivadas de ESP e desastres são múltiplas e complexas, salienta-se também a importância da articulação do setor saúde com outros setores, a exemplo da assistência social (IASC, 2007). Nessa direção, quando identificada vulnerabilidade e necessidade de suporte, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) podem ser acionados para compor o plano de cuidado à pessoa hospitalizada e seus

familiares, na perspectiva de propostas coletivas (ao invés daquelas unicamente individuais), voltadas à promoção do bem-estar psicossocial, de forma ampliada (SCHMIDT *et al.*, 2024).

Conclusão

Conforme evidenciado neste capítulo, a maior parte das pessoas consegue percorrer um caminho de resiliência diante de perdas e lutos em ESP e desastres (DJELANTIK *et al.*, 2020; IASC, 2007). No entanto, essas situações são sensíveis e devem ser analisadas em suas singularidades, visto que os processos de luto derivados de perdas em decorrência de eventos extremos comumente se associam a trajetórias mais complexas, em comparação a óbitos em circunstâncias naturais (KRISTENSEN; FRANCO, 2021; ZAREIYAN *et al.*, 2024).

No contexto hospitalar, algumas estratégias podem amenizar o sofrimento das populações afetadas, devendo ser adotadas, sempre que possível: salvaguardar o vínculo entre as pessoas internadas e seus entes queridos, mantendo a realização de visitas familiares, especialmente em situações de iminência de óbito; priorizar a comunicação de boa qualidade entre a tríade doente-família-equipe, incluindo conversações face a face, telefonemas ou videochamadas, com a seleção de uma pessoa de referência para favorecer a comunicação durante o evento extremo; preservar os rituais essenciais no processo de finitude da vida e imediatamente após a morte; e, ofertar apoio social efetivo aos familiares enlutados (KENTISH-BARNES *et al.*, 2021).

Embora se compreenda que a rotina de trabalho no contexto hospitalar seja composta por múltiplos compromissos, é interessante que a instituição considere a implementação, junto à rede de saúde do território, de um programa de acompanhamento de indivíduos e famílias enlutadas. Sabe-se que as estratégias envolvendo o cuidado longitudinal se mostram eficazes no contexto de perdas em ESP e desastres (YILDIZ *et al.*, 2023), bem como na atenção a demandas crônicas de saúde (BORCHARTT; SANGOI, 2024). Apesar do hospital ser um ambiente em que os atendimentos em caráter de urgência e emergência são rotineiros, e onde as pessoas afetadas por desastres são ocasionalmente recebidas, a literatura ainda carece de estudos que abordem a atuação dos profissionais vinculados a esse equipamento de saúde diante de eventos extremos. Assim, há muito a ser pensado e desenvolvido para a qualificação do acolhimento, no contexto hospitalar, de indivíduos e famílias atingidas por ESP e desastres.

Questões Comentadas

Caso Fictício 1

Luiz, sua esposa e duas filhas adolescentes estavam hospedados em uma pousada destruída pelo deslizamento de uma encosta, causado por uma forte chuva. Todos foram soterrados. Luiz e a esposa sobreviveram, com ferimentos e escoriações, mas as duas filhas do casal faleceram no local. Ambos foram levados, com rebaixamento do nível de consciência, para dois diferentes hospitais na cidade. Ao despertar e estar clinicamente mais estável, Luiz, muito agitado, perguntava insistentemente por sua família para a equipe de saúde e para os familiares (pais e irmãos), que afirmavam que todas estavam se recuperando em outros hospitais. Até que a mãe de Luiz pediu ajuda para comunicar sobre o falecimento das netas, pois estava muito difícil sustentar a história contada até então.

Questão 1) Diante do pedido da família, como a equipe pode proceder?

Neste caso, antes da intervenção da equipe, faz-se necessária uma avaliação da demanda. O profissional da psicologia terá um papel fundamental ao longo deste processo. Sugere-se iniciar com a avaliação da mãe de Luiz, para compreender o contexto e a dinâmica familiar, da rede de apoio, do que vem sendo dito a ele sobre o acidente e sobre as suas percepções com relação às filhas, além de seu estado emocional. Na avaliação da pessoa hospitalizada e da sua demanda, é importante considerar o estado mental e emocional, recursos de enfrentamento e necessidades de informação. A intervenção em um contexto de crise envolvendo perdas múltiplas, como visto anteriormente, exige uma abordagem cuidadosa e respeitosa, para evitar iatrogenias relacionadas à comunicação. Após a avaliação situacional, uma conversa intra-equipe para planejar a intervenção multiprofissional é indicada. Como uma das estratégias de intervenção, pode-se sugerir à família uma conversa em conjunto com a pessoa hospitalizada, na qual estejam presentes, por exemplo, o psicólogo e algum membro da equipe médica, para orientação sobre as reações esperadas diante das más notícias. Esta comunicação deve acontecer em um ambiente preparado para tal, resguardando a privacidade da pessoa hospitalizada e assegurando a presença e a disponibilidade da equipe para apoiar todo o processo. Além disso, deve-se ofertar espaço para escuta das expressões emocionais, que certamente serão muito intensas, bem como buscar estratégias que favoreçam o apoio social. Salienta-se que o suporte de ordem prática pode ser necessário, envolvendo aspectos referentes a traslado dos corpos para o território de origem, cerimônias funerárias (ex., enterro ou outros rituais, conforme as particularidades

socioculturais da família), além da comunicação com a esposa, internada em outro hospital. Na alta hospitalar, destaca-se a importância de articular o acompanhamento longitudinal da família com a Atenção Primária à Saúde, no território de origem, enfatizando o cuidado integral.

Caso Fictício 2

Mauro e Valéria viajavam com os filhos, Luana e Daniel, para visitar os avós maternos, no interior do estado. Na rodovia, em uma região montanhosa, um caminhão perdeu o freio, bateu no veículo da família, arrastando-o por alguns metros até a encosta de um morro. Mauro e Luana faleceram no local. Valéria e Daniel foram encaminhados ao hospital mais próximo, moderadamente feridos.

Questão 2) Considerando as particularidades do caso em questão, discuta aspectos relacionados aos processos de luto:

Como visto no capítulo, embora o luto consista em um processo normativo de adaptação a uma perda significativa, a vivência de enlutamento no contexto de um desastre apresenta singularidades que tendem a torná-la particularmente desafiadora. No caso em questão, há uma sobreposição de estressores para os sobreviventes Valéria e Daniel, no que diz respeito à experiência e à recuperação do acidente automobilístico, juntamente às mortes de dois entes queridos, de forma inesperada, rápida e violenta. A experiência de perdas múltiplas demanda diferentes ajustamentos nas relações familiares e, como o processo de luto pelas mortes ocorre de forma simultânea, pode haver o prolongamento do sofrimento, bem como o esgotamento dos recursos de enfrentamento, tanto do ponto de vista individual quanto familiar. Em linhas gerais, essa conjuntura se associa à sobrecarga de luto. Por outro lado, a maioria dos indivíduos e das famílias apresenta uma trajetória de resiliência frente às perdas e aos lutos, ressignificando situações difíceis e, por vezes, vivenciando transformações positivas a partir delas, sobretudo quando contam com apoio social de boa qualidade.

Questão 3) Desafios e possibilidades para a atuação da equipe hospitalar:

Em caso de acidentes automobilísticos, o primeiro contato dos sobreviventes é com a equipe de socorristas e, posteriormente, com a equipe hospitalar. Neste caso, a equipe enfrentará desafios e possibilidades no cuidado aos enlutados, sendo necessário considerar

a vivência dos lutos desencadeados pelas perdas repentinas de Mauro e Luana. A equipe hospitalar ocupará um papel importante neste processo, auxiliando tanto Valéria e Daniel, quanto os membros da família extensa, por meio do reconhecimento das reações esperadas, bem como dos fatores de risco e proteção. Os primeiros contatos com as pessoas hospitalizadas e seus familiares podem ser desafiadores, sendo necessário que a equipe tenha informações claras e verdadeiras a respeito do acidente e das perdas ocorridas. A comunicação neste caso também se apresenta como importante recurso, organizado para que as pessoas hospitalizadas tenham um familiar de referência em contato com a equipe. Além disso, a aproximação da família extensa permite a ampliação da rede de apoio de Valéria e Daniel, e o compartilhamento do processo de luto em família. Devido às circunstâncias do acidente, a equipe também terá o desafio de compreender o processo de aceitação da realidade das perdas, tanto para Valéria e Daniel, quanto para seus familiares. Devido à internação, pode ser inviável para Valéria e Daniel se fazerem presentes nas cerimônias funerárias de seus entes queridos. Nesse sentido, a equipe hospitalar terá um papel importante com os enlutados ao auxiliar nos processos de reconhecimento do corpo, quando possível, e na realização de rituais de despedida, ainda que adaptados ou simbólicos. Em linhas gerais, conforme visto no capítulo, os PCP no contexto hospitalar devem proporcionar segurança e tranquilidade às pessoas hospitalizadas e seus familiares e, se realizados com cuidado e atenção, proporcionam maiores oportunidades para o desenvolvimento do processo de luto saudável.

Para saber mais sobre os tópicos discutidos nas questões, recomenda-se a leitura dos seguintes materiais:

- Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres, do Ministério da Saúde: cartilhas “Perdas e Lutos” e “Perdas e Lutos – Crianças e Adolescentes” (<https://profesp.saude.gov.br/local/pages/?id=9>);
- Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19, da Fiocruz: cartilhas “Processo de Luto no Contexto da COVID-19” e “Orientações às/aos Psicólogas/os Hospitalares” (<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/coronavirus/saude-mental-em-tempos-de-coronavirus/>).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; PINTO, M.; DUARTE, R. A qualitative study on the impact of death during COVID-19: Thoughts and feelings of Portuguese bereaved adults. **PLOS ONE**, v. 17, n. 4, p. e0265284, 7 abr. 2022a. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265284>

BEADMAN, M.; CARRARETTO, M. Key elements of an evidence-based clinical psychology service within adult critical care. **Journal of the Intensive Care Society**, v. 24, n. 2, p. 215–221, 24 maio 2023. <https://doi.org/10.1177/17511437211047178>

BORCHARTT, D. B.; SANGOI, K. C. M. A importância do enfermeiro navegador na assistência ao paciente oncológico: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e25511528024, 5 abr. 2022. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28024>

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90–105, jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>

CALHOUN, L.G.; TEDESCHI, R.G. (EDS.). **Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide**. Routledge, 1999, 184 p. <https://doi.org/10.4324/9781410602268>

CREPALDI, M. A. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

COELHO, A. M.; DELALIBERA, M. A.; BARBOSA, A. Palliative Care Caregivers' Grief Mediators. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 33, n. 4, p. 346–353, 19 maio 2016. <https://doi.org/10.1177/1049909114565660>

COGO, A. et al. Saúde mental e atenção psicossocial e atenção psicossocial em desastres: perdas e lutos. Ministério da Saúde, 2024, v. 2, 9 p. Cartilha. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/enchentes/publicacoes/cartilha-perdas-e-lutos.pdf>>.

DAVIDSON, J. E. et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. **Critical Care Medicine**, v. 45, n. 1, p. 103–128, jan. 2017. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

DJELANTIK, A. A. A. M. J. et al. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta-regression analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 265, p. 146–156, mar. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>

EYETSEMITAN, F. E. **The deceased-focused approach to grief: An alternative model.** 1. Ed. Springer Cham, 2022, 250 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-98245-4>

IASC – Inter-Agency Standing Committee. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias.** Genebra: IASC, 2007. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf.

KASTENBAUM, R. Death and bereavement in later life. *In*: Kutscher A. H. (Org.). **Death and Bereavement**, Springfield, 1969, p. 28–54.

KELLY, M. et al. End-of-life care in natural disasters including epidemics and pandemics: a systematic review. **BMJ Supportive & Palliative Care**, v. 13, n. 1, p. 1–14, mar. 2023. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002973>

KENTISH-BARNES, N. et al. Lived Experiences of Family Members of Patients With Severe COVID-19 Who Died in Intensive Care Units in France. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 6, p. e2113355, 21 jun. 2021. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.13355>

KRISTENSEN, P.; FRANCO, M. H. P. Bereavement and Disasters. Research and Clinical Intervention. *In*: NEIMEYER, R.A. et al. (Org.). **Grief and Bereavement in Contemporary Society: Bridging Research and Practice.** Routledge, 2021, p. 189-202 <https://doi.org/10.4324/9781003199762>

MAYLAND, C. R. et al. Supporting Adults Bereaved Through COVID-19: A Rapid Review of the Impact of Previous Pandemics on Grief and Bereavement. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 2, p. e33–e39, ago. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.012>

MERCER, D. L.; EVANS, J. M. The Impact of Multiple Losses on the Grieving Process: An Exploratory Study. **Journal of Loss and Trauma**, v. 11, n. 3, p. 219–227, maio 2006. <http://dx.doi.org/10.1080/15325020500494178>

MONTEIRO, M. C.; GENARO, L. T.; RODRIGUES, L. Cuidado ao luto na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. *In*: MONTEIRO, M. C.; FRANQUEIRA, A. M.; COELHO, A. (orgs.) **Morte e luto no contexto hospitalar e da saúde.** São Paulo: Ed. Dos Editores, 2023. cap. 7, p. 75-89.

NEIMEYER R.A.; HOLLAND, J.M. Bereavement overload. *In*: SALKIND N.J. **Encyclopedia of human development.** Thousand Oaks, CA: Sage; 2006; p. 166–167.

OLIVEIRA, A. Q. et al. Rituais de luto e sua função reconstrutora em desastres. *In*: FRANCO, M. H. P. (Org.). **A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática.** Rio de Janeiro: Summus, 2015, cap. 6, p. 175-196.

OMS - Organização Mundial da Saúde. WHO COVID-19 dashboard, 2024. Disponível em < <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths> >. Acesso em 08 de setembro de 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: < <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7676?locale-attribute=pt> >.

PHUTHEGELO, M. K.; FAIMAU, G. Family narratives of loss and grief during the COVID-19 pandemic in Botswana. **Mortality**, p. 1–16, 22 ago. 2023. <https://doi.org/10.1080/13576275.2023.2248020>

SHANG, F. et al. The impact of received social support on posttraumatic growth after disaster: The importance of both support quantity and quality. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 14, n. 7, p. 1134–1141, out. 2022. <https://doi.org/10.1037/tra0000541>

SCHMIDT, B. et al. Perda, luto e resiliência na pandemia de COVID-19: Implicações para a prática com famílias. **Revista Pensando Famílias**, v. 26, n. 1, p. 3–17, dez. 2022. <https://pensandofamilias.domusterapia.com.br/index.php/files/article/view/4>

SCHMIDT, B. et al. Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Contexto das Enchentes no Rio Grande do Sul. **Observatório de Comunicação em Crise**. Santa Maria, 06 de agosto de 2024. Disponível em: < <https://ufsm.br/r-880-356> >. Acesso em 08 de setembro de 2024.

SCHULENBERG, S. E. (ED.). **Positive psychological approaches to disaster: Meaning, resilience, and posttraumatic growth**. Cham: Springer International Publishing, 2020. 210 p. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-32007-2>

SOLA, P. P. B. et al. Family grief during the COVID-19 pandemic: a meta-synthesis of qualitative studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN058022>

TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G. TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” **Psychological Inquiry**, v. 15, n. 1, p. 1–18, jan. 2004. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

TOBIN, M.; LAMBERT, S.; MCCARTHY, J. Grief, Tragic Death, and Multiple Loss in the Lives of Irish Traveller Community Health Workers. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, v. 81, n. 1, p. 130–154, 7 maio 2020. <https://doi.org/10.1177/003022281876296>

WORDEN, J. W. (ED.). **Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner** (5 ed.). Springer Publishing Company, 2018, 225 p. <https://doi.org/10.1891/9780826134752>

YILDIZ, M. I. et al. Preventive and therapeutic mental health care after the earthquake - expert opinion from the Psychiatric Association of Turkey. **Turkish Journal of Psychiatry**, v. 34, f. 1, p. 39–49, 2023. <https://doi.org/10.5080/u27305>

ZAREIYAN, A. et al. The prevalence of prolonged grief disorder (PGD) after the natural disasters: A systematic review and meta-analysis. **Public Health in Practice**, v. 7, p. 100508, jun. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100508>