Parte III - Os profissionais da saúde e a pandemia de covid-19 19. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde

Marcia Grisotti
Daniel Granada
Priscila Pavan Detoni
Maria Conceição de Oliveira
Eliana Elisabeth Diehl

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GRISOTTI, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., OLIVEIRA, M. C., and DIEHL, E. E. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 309-319. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5.
<https://doi.org/10.7476/9786557081587.0021>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A Morte Contaminada

a experiência da morte por Covid-19 na
perspectiva de profissionais da saúde

*Marcia Grisotti, Daniel Granada, Priscila Pavan Detoni,
Maria Conceição de Oliveira e Eliana Elisabeth Diehl*

*A morte não tem segredos. Não abre portas. É o fim de uma
pessoa. O que sobrevive é o que ela ou ele deram às outras
pessoas, o que permanece nas memórias alheias.*

Norbert Elias em *A Solidão dos Moribundos*, 1982

Nas sociedades ocidentais, urbanas e contemporâneas, o evento do fim da vida, ainda que situação indesejável e incômoda, faz parte do ofício dos profissionais da saúde e da rotina dos hospitais desde o surgimento destas instituições (Foucault, 2013). A transferência da morte em casa para a morte nos hospitais inevitavelmente remete à perda de autonomia do doente para gerir seu final de vida e sua morte (Kovács, 2010). Em trabalhos clássicos nas ciências sociais, entre os quais os de Van Gennep, Marcel Mauss e Norbert Elias, refletiu-se sobre as representações e rituais humanos relacionados à morte, extrapolando a objetiva experiência de morte biológica.

Morrer por Covid-19, no entanto, tem colocado novos desafios à reflexão sobre o processo e a experiência da morte e elaboração do luto, tanto para familiares e amigos, em razão da proibição de cerimônias fúnebres tradicionais, que impede o contato físico nos rituais de despedida, tornando a morte solitária, asséptica, isolada, próxima do que foi vivenciado na epidemia do ebola, quanto para os trabalhadores da saúde, que precisam ser treinados e atualizados com as informações sobre os protocolos, encaminhamento e comunicação dos óbitos e sobre formas de evitar o seu próprio contágio.

Desde o começo da pandemia os hospitais foram um importante espaço para a transmissão viral. Richterman, Meyerowitz e Cevik (2020) relatam exemplos, em diferentes

países, do potencial devastador da transmissão de Sars-CoV-2 em profissionais da saúde e do risco envolvido na atenção de rotina a pacientes com Covid-19, especialmente devido às incertezas sobre os meios de transmissão do vírus. De acordo com esses autores, o uso universal de máscaras em profissionais e pacientes tornou-se uma medida simples, mas efetiva, na redução da transmissão hospitalar, apesar das dificuldades em manter distância física dentro deste ambiente.

Em editorial de 30 de janeiro de 2021, a revista *The Lancet* informa que, segundo a Anistia Internacional, mais de 7.000 trabalhadores da saúde em todo o mundo haviam morrido de Covid-19 até setembro de 2020 (Health..., 2021). No Brasil, de acordo com o Observatório da Enfermagem (2021), em 5 de maio de 2021 havia 54.990 casos da doença e 777 óbitos entre os profissionais da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), a maioria dos quais do sexo feminino (85% dos casos e 70% dos óbitos), marca da feminilização do cuidado em saúde (Yannoulas, 2011). Além das mortes de pacientes, os profissionais da saúde têm lidado com um número importante de falecimentos de colegas que atuam no enfrentamento da Covid-19 e têm sido contaminados.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) elaborou vários protocolos com a finalidade de guiar as ações de cuidado e manejo dos corpos de pacientes com Covid-19 (Brasil, 2020). No documento que reúne esses protocolos, o MS alerta que a transmissão de doenças infecciosas também pode ocorrer na manipulação dos corpos, em especial em equipamentos de saúde, e que a ausência ou o uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPIs) pode agravar o risco de transmissão e contágio, expondo os profissionais a riscos de infecção. Além disso, recomenda que funerais de pacientes confirmados ou suspeitos de Covid-19 não sejam realizados, devido à aglomeração de pessoas em ambiente fechado, que exporia ao risco de contágio os familiares e amigos do morto, e afirma que a autópsia é desnecessária, não devendo ser realizada caso haja a confirmação *ante mortem* por Covid-19. Como consequência desses procedimentos, em várias localidades ocorrem “enterros-relâmpago, parentes desolados, luto frustrado” (Silva, 2020: 534), que não favorecem a elaboração do luto, como aconteceu na cidade de Manaus, por exemplo, onde caixões foram empilhados devido à falta de espaço para enterrar as vítimas da Covid-19 (www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/sem-espaço-para-enterrar-as-vitimas-da-covid-19-manaus-empilha-caixoes.shtml).

O MS recomenda também o registro e monitoramento de todos os trabalhadores que participaram dos cuidados *post mortem*, inclusive da limpeza do quarto. Com relação aos familiares e responsáveis pelo morto, enfatiza a necessidade de que lhes sejam oferecidas explicações adequadas sobre os cuidados com o corpo do falecido, destacando a recomendação de que a comunicação do óbito seja realizada preferen-

cialmente por equipes da atenção psicossocial e/ou da assistência social, com auxílio sobre os procedimentos referentes à despedida do ente (Brasil, 2020). A execução desses protocolos na preparação e encaminhamento dos corpos dos falecidos para as famílias e agências funerárias gera tensões.

Baseando-nos em reflexões sobre a morte na perspectiva das ciências sociais, analisamos, por meio de pesquisa exploratória preliminar, o processo de morrer por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, psicólogos e fisioterapeutas) que atuam direta ou indiretamente com pacientes da Covid-19 em duas unidades de tratamento intensivo (UTIs) de dois municípios do estado de Santa Catarina.

As entrevistas (12 no total), realizadas por videoconferência, por meio do aplicativo Jitsi®, foram guiadas por um roteiro semiestruturado e flexível, que permitiu a emergência de novas questões. Cada participante foi informado sobre a pesquisa e deu seu consentimento para a coleta e a gravação de seu depoimento. Entrevistas mediadas pela tela do computador suscitam problemas teóricos e metodológicos, tanto para o grupo de pesquisadores quanto para os profissionais sujeitos da pesquisa, que não discutiremos aqui. Apenas convém indicar que as questões epistemológicas e seus impactos na coleta de dados devem ser objeto de reflexão, pois a própria produção do conhecimento também é afetada pela crise sanitária vigente.

A MORTE, AS MORTES

Fato social por excelência, a morte se impõe a todos nós, com uma força da qual não podemos escapar. Tem, portanto, as características de coerção, generalidade e exterioridade (Durkheim, 1972). Marcel Mauss (2004) se dedicou a analisar os efeitos físicos da ideia de morte no indivíduo, induzida pela coletividade, explorando as relações entre o social, o biológico e o psicológico em seus estudos sobre os povos da Nova Zelândia e da Polinésia. Nesse estudo, Mauss explorou o tema da eficácia simbólica, chamando a atenção para a morte provocada pela pressão social, que fazia com que os indivíduos fossem levados a acreditar que iriam morrer. Ou seja, a influência do social sobre o corpo físico passa pela mediação do psicológico.

No verbete sobre a morte do *Dicionário de Etnologia e Antropologia*, Bonte e Izard (2004) lembram que a consciência da morte (unicamente humana entre os seres vivos) suscita, desde a pré-história, representações e práticas de uma diversidade surpreendente. De acordo com esses autores, em determinadas sociedades a morte, mais que um fim, é considerada como uma viagem que convém preparar com cuidado para que o defunto

parta só e contente do mundo dos vivos, ao passo que nas sociedades industrializadas a morte tornou-se dissimulada: a recusa a vivenciar a emoção física provocada pelo corpo morto, a importância dada ao corpo e o declínio das concepções espirituais convergiram para fazer da morte não mais um rito de passagem, mas um evento que escondemos e que se passa, em geral, longe de casa.

Ivan Illich (1975), em sua reflexão crítica sobre os efeitos contraprodutivos da instituição médica, ressalta que o processo de morrer passou a ser mediado pela tecnologia e pelo aparato hospitalar em detrimento da morte no contexto da vida cultural, e que a tentativa de reduzir o sofrimento aumentou a dependência dos indivíduos/pacientes em relação à tecnologia e à instituição médica. Nesse contexto, a morte que ocorre no hospital, fenômeno técnico por excelência, suscita novas inquietações, especialmente no nosso caso de estudo, em tempos de pandemia.

A noção de corpos dóceis elaborada por Foucault (1995), segundo a qual os pacientes são regulados por meio de estritas medidas de supervisão e controle, é frequentemente aplicada à análise das instituições de cuidado em saúde. No entanto, a perda de autonomia é sentida de formas diferentes na atenção básica e na atenção hospitalar, mais especificamente no âmbito das UTIs. Na primeira, a autonomia do paciente pode ser preservada mediante a relação entre médico e paciente, que no caso da Covid-19 foi influenciada pela polêmica sobre o tratamento precoce e pelas *fake news*, como relatado pelos profissionais. Nas UTIs, a autonomia dos pacientes é praticamente eliminada e a vivência do processo de morrer passa essencialmente pela caracterização de duas trajetórias para a morte, como identificado por Kovács (2010: 422):

Uma em que se observa o lento apagar das funções do corpo até o óbito e outra acompanhada de delírio, confusão mental, agitação, dor intensa. A “boa morte” envolve a consciência de sua aproximação; manutenção do controle da situação; dignidade e privacidade; alívio de sintomas; escolha do local da morte; acesso à informação e esclarecimento; suporte emocional, social e espiritual; presença de pessoas significativas; direitos preservados; despedidas; não ter a vida prolongada indefinidamente. Morte difícil é aquela que não é aceita, com revolta e conflito entre familiares, e sentimentos de abandono ou solidão.

Nessas trajetórias de pacientes em estado crítico com desfecho de morte (boa ou difícil), instituições médicas e profissionais da saúde são agentes intermediários e informantes-chave sobre as relações entre o biológico e o social.

OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E AS MORTES POR COVID-19

Usualmente, nos hospitais e nas UTIs são os profissionais da equipe de enfermagem que mais mantêm contato, direto e prolongado, com os pacientes, atendendo a suas necessidades, estabelecendo vínculos afetivos e acompanhando por maior tempo aqueles em processo de terminalidade (Santos & Hormanez, 2013: 2.758). Na pandemia de Covid-19, esse aspecto se transforma, pois os profissionais da fisioterapia e médicos acabam tendo, igualmente, contato muito intenso e prolongado, principalmente, com os pacientes internados em UTIs:

Nunca tinham vivido pacientes tão graves, por tanto tempo, dificuldade da equipe, internações longas, principalmente com profissionais da enfermagem. Frustração, perda, luta muito e é muito grave. Nunca tinham acompanhado paciente com medicamento vasoativo por muito tempo. (Profissional 1)

Os profissionais da saúde relataram que a morte por Covid-19 em pessoas internadas é enquadrada como uma “morte difícil”, em que se combinam sentimentos de abandono e solidão em razão dos protocolos que restringem o contato tanto dos familiares quanto da equipe de saúde com o paciente, bem como da permanência prolongada dos pacientes que necessitam de ventilação mecânica em UTI. O momento do acompanhamento dos familiares é percebido como crítico aos olhos desses profissionais:

Eu acompanhei uma família que foi identificar o corpo de um Covid, e foi bem chocante pra mim aquilo, sabe? Assim, eu não sei dizer o que a gente expõe à família naquela situação. Porque o corpo tem que sair lá do Centro de Doenças Respiratórias, lá da clínica, dentro de um saco, e esse saco não é aberto. Ele tem que entrar dentro daquele saco e tem que enterrar dentro do saco, dentro do caixão, sem a família abrir e olhar. Mas como tem pessoa de fora, de outros lugares, então a família tem que reconhecer o corpo. Então a gente, como enfermeiro, fez o quê? Se paramentou todo, paramentou os familiares, com todo aquele material que a gente falou. O avental, o face shield, a N95, a máscara, a luva, tudo! Tudo paramentado, e a gente leva o familiar paramentado, mostrando só a cabeça do saco. Só ali onde fica a face da pessoa, e ela olha. Reconhece a pessoa e ela não pode ficar muito tempo. Não pode abraçar. (Profissional 2)

A relação com os corpos e com os ritos que acompanham o fim da vida em situações ordinárias, dentro das rotinas dos hospitais, acaba sendo alterada em razão da pandemia. Os protocolos diferenciados de segurança para óbitos em casos de Covid-19 tendem a objetificar ainda mais o processo de morte, acentuando as tendências mais

gerais de individualização e afastamento de idosos e moribundos do convívio com as pessoas mais jovens. Na percepção dos trabalhadores, no caso da Covid-19 as restrições impostas tornam o fim da vida ainda mais sofrido:

É muito triste. Mas como profissional, tem que ir na raça: “Olha, infelizmente, a gente tem que ir”, e a família quer ficar ali, quer chorar, é processo de luto, sabe? É muito triste! Normalmente, famílias que são de [outras] cidades, eles recebem ligação do telefone por um assistente social, eles não recebem ao vivo. Porque como eles são de fora, como você vai esperar a pessoa vir aqui, para dar a notícia que ela morreu para depois voltar no município buscar tudo? Então, o serviço assistencial do hospital aborda o familiar por telefone. Onde se comunica tudo o que aconteceu, se foi reanimado, se não foi, e daí o familiar já vem preparado com a funerária. E essa funerária também tem que trazer um saco do município. Eu falo assim porque é o que acontece mesmo, para esse saco repor o do hospital, para se precisar no próximo óbito. Mas é bem triste! Daí a funerária chega, coloca o corpo dentro do caixão e leva, e a família não vê mais aquele familiar e outros familiares também não, a não ser que queiram reconhecer. (Profissional 3)

O processo de cuidar dos pacientes com Covid-19 tem, de certa forma, impactado o programa de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em relação às formas de acolhimento e contato com os pacientes:

A partir do momento que a gente soube da doença, a gente teve que passar por alguns treinamentos, para poder aprender a lidar com essa situação (...). A gente teve que novamente reaprender todo esse atendimento que se fazia, a gente sempre acolhendo, procurar ser bem acolhedor com as famílias (...). Nesse momento você tem que ser acolhedor, mas ao mesmo tempo manter esse distanciamento social. Então, foi uma situação um pouco difícil pra gente. (Profissional 4)

Paralelamente aos relatos de tristeza pela morte de pacientes, uma profissional relatou que telefonou para os familiares de um doente para comunicar a morte e só depois de muitas horas soube que a família estava na praia. Nesse relato, ficou evidente a crítica social a uma parte da sociedade que opera na negação das mortes pela Covid-19, não levando em conta a gravidade da doença e a necessidade de isolamento físico, mesmo quando se perde um familiar.

No ambiente hospitalar há pacientes com doenças infectocontagiosas. Por isso, protocolos de biossegurança e controle de infecções fazem parte da rotina dos serviços. A pandemia de Covid-19, no entanto, exacerbou a necessidade do rígido cumprimento

desses protocolos (e outros específicos), tornando visível o cotidiano hospitalar e o fortalecimento da atuação multiprofissional:

Antigamente, na enfermagem era feito o tamponamento das pessoas que morriam. Então, tampa o nariz, os orifícios, enfim. E o paciente de Covid segue esse protocolo antigo. A enfermagem, quando pega ele em óbito, só faz o tamponamento e já coloca ele dentro desse saco, coloca em cima da maca e leva para o necrotério. E esse necrotério tem que ficar fechado por duas horas para depois a equipe de limpeza vir limpar, ou então para eles limparem o lugar onde ficou o corpo. Eles têm que estar todos paramentados. Isso acontece em todo lugar do hospital. Se teve paciente com Covid, a pessoa que vai limpar tem que estar paramentada, ou na ação ou depois de duas horas ela pode entrar e limpar. Então, quando chega o corpo, ele tem que fazer toda a desinfecção do lugar, por mais que ficou dentro do saco. Então, é bem pesado, tem que ser bem rígida a limpeza. Tem que tomar cuidado com a limpeza, com a paramentação, com o corpo. (Profissional 3)

O uso de máscaras e de roupas especiais foi relatado como essencial para evitar a contaminação e praticado por todos os profissionais, embora tenham reconhecido como ponto mais sensível o momento de relaxamento da equipe, em geral nos refeitórios, onde retiram as máscaras para se alimentar, deixando aberta a possibilidade de contaminação:

Eu acho que consigo contar umas 30 pessoas conhecidas assim que foram infectadas. Na verdade, a gente sente que é mais na área não Covid do que na Covid que as pessoas estão se infectando, porque nessas áreas de pacientes não Covid a tendência é paramentar diferente, não ser uma coisa tão rígida. (Profissional 5)

O ato de entubar o paciente de Covid-19 (em situação de coma induzido) é percebido pelos trabalhadores da saúde como um momento dramático, socialmente representado tanto pelo paciente (e familiares) quanto pelos profissionais que o acompanham como iminência da morte. Uma vez constatada a insuficiência respiratória do doente e a impossibilidade da respiração espontânea, o médico decide que se deve recorrer à respiração artificial. O problema para a equipe é que todos sabem que, uma vez ocorrida a intubação, a taxa de recuperação (real ou imaginária) é baixa. Assim, a equipe de assistência social e o serviço de psicologia de um dos hospitais decidiram fazer videochamadas com os familiares, buscando amenizar o impacto desse processo e permitir o contato (em alguns casos o último) do paciente com seus parentes. Esse momento tem sido visto pelos profissionais como o de maior emoção nos processos de adoecimento por Covid-19; nas videochamadas, por vezes realizadas com equipamentos dos próprios

profissionais, frequentemente envolvendo o doente e seus familiares (como filhos, netos, cônjuge), há sofrimento e inclusive choro deles, abafado pelos EPIs:

É algo bem complicado, porque a família às vezes faz algumas perguntas que o prontuário por si só não vai dizer. E às vezes são perguntas de cunho bem emocional, às vezes a família pergunta “Ah doutor, mas a minha mãe perguntou de mim?”, “Quando você foi falar com a minha mãe ela demonstrou que tá com saudade da gente?”. Então, com tudo isso, essa central telefônica também fazia contato com a gente: “Olha, a gente percebe que tem uma família que tá mais angustiada, que precisa entender outros tipos de questões”. Então veio esse tipo de demanda. (Profissional 5)

Em nossa pesquisa, os protocolos de manejo dos doentes e dos mortos, da mesma forma que as restrições de contato com os familiares e a mediação para reconhecimento do cadáver, têm sido identificados como pontos de tensão importante nas percepções dos trabalhadores da saúde sobre a Covid-19. A intersecção do decesso com as rígidas regras de manuseio dos cadáveres como forma de conter a propagação do vírus da Covid-19 provocou evidente sofrimento psíquico e desconforto entre os profissionais da saúde nas equipes.

Os profissionais entrevistados, suas equipes e seus colegas precisaram reinventar formas de auxiliar os pacientes e seus familiares a lidarem com a morte. Sobre esse tema, Crepaldi e colaboradores (2020) assinalam a importância de potencializar formas alternativas e respeitadas de ritualização dos processos vividos, que permitam ressignificar as perdas pela Covid-19.

Em nossa investigação, foi possível observar uma mudança na relação dos profissionais com as famílias de pacientes em estado crítico, marcada pela espiritualidade como estratégia para a elaboração do luto. Surgiu uma preocupação dos familiares dos pacientes com a equipe de saúde, em certo sentido uma reciprocidade do cuidado, como relata um dos profissionais médicos entrevistados:

Para te falar a verdade, é muito estranho. A gente ficou muito mais próximo dessas famílias por telefone do que ao vivo. Então houve até uma proximidade, grande mesmo, com essas famílias: “Tá. E aí, como é que você está, como é que vai a filha, como é que vai?”. Então, teve uma proximidade muito grande. Acho que o lado espiritual também, sabe, acho que pelo fato das famílias nos passarem muito essa esperança, essa fé deles, também nos atingiam, e eles desejavam muitas coisas pra gente: “Ai, doutora, nossa, que Deus te abençoe, que dê tudo certo aí com vocês,

manda um abraço para os técnicos, porque vocês são uns anjos, queiram ou não”. Mesmo quem não tinha muito essa espiritualidade acabou desenvolvendo assim, com um simples contato com as famílias, acho que foi bem intenso. (Profissional 6)

A espiritualidade tem sido evocada pelos profissionais da saúde como um recurso para lidar com situações-limite e manter o compromisso profissional. Nascimento e Caldas (2020) a consideram uma forma de promoção da saúde psíquica que exerce influência sobre as demais dimensões humanas, sendo parte da integralidade do cuidado em saúde. Tema a ser explorado em outro momento.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A experiência social e existencial vivenciada na pandemia serve como mais um marcador histórico para se abordar o tema da morte, que é difícil e gera muitos incômodos tanto nos participantes da pesquisa quanto nos pesquisadores, como observamos nesta investigação preliminar. De um lado a naturalização das mortes por Covid-19, de outro a falta dos processos de ritualização que comprovadamente auxiliam na elaboração do luto. Segundo Philippe Ariès em sua *História da Morte no Ocidente*, o moribundo tem um duplo papel a desempenhar: deve superar seu transtorno e colaborar gentilmente com médicos e enfermeiros, ao mesmo tempo que, como sobrevivente, deve esconder seu sofrimento e continuar sua vida de relações sociais, de trabalho e de lazer. A negação do sofrimento e da vivência do luto, segundo esse autor, é uma decorrência da “loucura” pelo trabalho e pela produtividade nas sociedades contemporâneas, que, mantendo os indivíduos e grupos ocupados, não permite viver o luto, produzindo assim a indiferença à perda de um ente (Ariès, 2017). Essa interdição do luto e do direito de chorar pelos mortos é anterior ao fenômeno da Covid-19, mas é agora potencializada pela violência estrutural que opera, em parte, relacionada com os desdobramentos da pandemia que evidenciaram políticas institucionais mais bem entendidas pelo conceito de necropolítica, que naturaliza e inclusive provoca a morte de populações mais vulneráveis¹ (Mbembe, 2016; Cepedisa & Conectas - Direitos Humanos, 2021).

Para Norbert Elias (2001), nas sociedades industriais desenvolvidas a morte passa pelo isolamento emocional do morto e dos moribundos, reforçado pelos avanços tecnológicos que permitem o prolongamento da vida e possibilitam a terceirização dos cuidados com os velhos, encobrendo-se dessa forma o processo de adoecer e morrer. Para esse autor, um constrangimento compartilhado com relação à finitude da vida leva à separação

¹ Sobre as políticas institucionais que favoreceram a propagação da pandemia no Brasil, ver especialmente Cepedisa & Conetnas - Direitos Humanos, 2021.

entre os moribundos e os vivos, e somente as rotinas institucionalizadas dos hospitais ofereceriam alguma forma de estruturação social para a situação de morrer, embora, na maioria das vezes, tais rotinas, destituídas de sentimento, acabem contribuindo para o isolamento do moribundo. Segundo as narrativas dos profissionais da saúde, diante do problema da Covid-19 se intensifica de modo radical esse isolamento do moribundo, tanto em relação aos seus familiares quanto em relação aos próprios profissionais, que interagem com os pacientes portando EPIs que causam receio aos internados. Também a virtualização dos processos de despedida é uma nova forma, radical, de experimentar o processo de morrer, que paradoxalmente aproxima as pessoas sem o encontro físico que até então caracterizava os rituais funerários.

No editorial da *The Lancet* aqui mencionado enfatiza-se que 2020 “foi um ano traumático e de testes para a força de trabalho em saúde globalmente” (Health..., 2021: 347), e que em vista da contribuição e lutas desse segmento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde. A campanha da OMS destaca a necessidade de investimentos por parte dos governos na força de trabalho para atuar na saúde, na educação e na aprendizagem para gerenciar a pandemia de Covid-19, visando a manter os serviços de saúde e a preparar esses profissionais para a disponibilização de vacinas. Os governos também têm o dever de proteger os trabalhadores da saúde, priorizando a sua vacinação, e, a longo prazo, de resolver o déficit substancial na força de trabalho em saúde em todo o mundo.

Acrescentamos que é urgente que disciplinas na área da formação em saúde abordem formas de lidar com a morte e de evitar contaminações no ambiente hospitalar. Também é urgente reorganizar os espaços de convívio e relaxamento no âmbito hospitalar (como os refeitórios e áreas de lazer) por onde circulam os profissionais da saúde, de modo a torná-los seguros e aprazíveis, bem como manter um suporte psicossocial efetivo para aqueles que estão na linha de frente da pandemia.

REFERÊNCIAS

ARIËS, P. *A História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus: Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corposcoronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BONTE, P. & IZARD, M. (Eds.). *Dictionnaire de l’Ethnologie et de l’Anthropologie*. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO (CEPEDISA) & CONECTAS - DIREITOS HUMANOS. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, boletim n. 10, 20 jan. 2021. Disponível em: <www.conectas.org/publicacoes/download/boletim-direitos-na-pandemia-no-10>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, 37: 1-12, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/estpsi/v37/1982-0275-estpsi-37-e200090.pdf>. Acesso em: 6 set. 2020.

DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico*. 6. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1972.

ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos, Seguindo de Envelhecer e Morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. E. & RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 26. ed. São Paulo: Graal, 2013.

HEALTH and care workers are owed a better future. Editorial. *The Lancet*, 397: 347, 30 jan. 2021.

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34 (4): 420-429, 2010.

MAUSS, M. *Sociologie et Anthropologie*. 2. ed. Paris: Quadrige, 2004.

MBEMBE, A. Necropolítica. *Arte e Ensaios*, 32: 123-151, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>>. Acesso em: 6 set. 2020.

NASCIMENTO, A. K. C. & CALDAS, M. T. Dimensão espiritual e psicologia: a busca pela inteireza. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 26(1): 74-89, 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2021.

OBSERVATÓRIO DA ENFERMAGEM. Profissionais infectados com Covid-19 informado pelo serviço de saúde. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 29 jan. 2021.

RICHTERMAN, A.; MEYEROWITZ, E. A. & CEVIK, M. Hospital-acquired Sars-CoV-2 infection: lessons for public health. *American Medical Association*, 324(21): 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2773128>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SANTOS, M. A. & HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9): 2.757-2.768, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/j/csc/a/JM3Hv9YZB8gPDJ39svnSWqM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: nov. 2021.

SILVA, A. V. Velórios em tempos de Covid-19. In: GROSSI, M. P. & TONIOL, R. (Orgs.). *Cientistas Sociais e o Coronavírus*. São Paulo, Florianópolis: Anpocs, Tribo da Ilha, 2020.

YANNOULAS, S. C. Feminização ou feminilização? Aparentamentos em torno de uma categoria. *Temporalis*, 11(22): 271-292, 2011.