

**MEDO DA MORTE E SOLIDÃO:
OS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES COM CÂNCER EM TEMPOS DE
COVID-19 NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

*Fear of death and loneliness: Palliative care for cancer patients in times
of Covid-19 from the perspective of health professionals*

*Miedo a la muerte y soledad: Cuidados paliativos para pacientes
con cáncer en tiempos de Covid-19 desde la perspectiva de los
profesionales de salud*

Weverson Bezerra Silva
Doutorando em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba.
E-mail: weversonsilbez@gmail.com

Áltera, João Pessoa, Número 14, 2022, e01405, p. 1-25

ISSN 2447-9837



RESUMO:

Este artigo traz parte de uma “etnografia hospitalar”, refletindo sobre as experiências e práticas dos profissionais de saúde que trabalham na “ala Covid” do Hospital Napoleão Laureano (HNL), referência no tratamento de pessoas portadoras de câncer no Estado da Paraíba. É pertinente compreender que a chegada da Covid-19 afetou o serviço de cuidados paliativos e suas diversas formas de cuidado. Os pacientes que estavam/estão com o novo coronavírus não puderam receber visitas, como medida preventiva para evitar a circulação do vírus no hospital. Sobre como isso afetou a prática de cuidados paliativos, as profissionais da saúde destacaram a “ausência do contato direto com os pacientes”, “o distanciamento das relações” e o “corpo visto como um agente contaminador e um corpo suspeito”. O artigo apresenta as medidas de biossegurança e o plano de contingência como formas de controle dos corpos e a relação de cuidado com os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE:

Antropologia da morte. Covid-19. Profissionais da saúde. Cuidados paliativos. Câncer.

ABSTRACT:

This article is part of a “hospital ethnography”, reflecting on the experiences and practices of health professionals working in the “Covid ward” of the Hospital Napoleão Laureano (HNL), a reference in the treatment of people with cancer in the State of Paraíba. It is pertinent to understand that the arrival of Covid-19 affected the palliative care service and its various forms of care. Patients who were/are with the new coronavirus were unable to receive visits as a preventive measure to prevent the circulation of the virus in the hospital. About how this affected the practice of palliative care, health professionals highlighted the “absence of direct contact with patients”, “the distancing of relationships” and the “body seen as a contaminating agent and a suspicious body”. The article presents biosafety measures and contingency plan as forms of control of bodies and the relationship of care with patients.

KEYWORDS:

Anthropology of death. Covid-19. Health professionals. Palliative care. Cancer.

RESUMEN:

Este artículo presenta parte de una “etnografía de hospital”, reflexionando sobre las experiencias y prácticas de los profesionales de la salud que actúan en el “ala Covid” del Hospital Napoleão Laureano, referencia en el tratamiento de personas con cáncer en el Estado de Paraíba . Se analiza cómo la llegada del Covid-19 afectó el servicio de cuidados paliativos y sus diversas formas de atención. Los pacientes que estaban/están con el nuevo coronavirus no podían recibir visitas, como medida preventiva para evitar la circulación del virus en el hospital. Sobre cómo esto afectó la práctica de los cuidados paliativos, los profesionales de la salud destacaron la “ausencia de contacto directo con los pacientes”, “la distancia de las relaciones” y el “cuerpo visto como contaminante y cuerpo sospechoso”. El artículo presenta las medidas de bioseguridad y el plan de contingencia como formas de control de los órganos y de la relación de cuidado con los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Antropología de la Muerte. COVID-19. Profesionales de la salud. Cuidados paliativos. Cáncer.



INTRODUÇÃO

Durante os meses de dezembro de 2019 a março de 2021, foi realizada uma pesquisa qualitativa com observação participante em contexto hospitalar, não se tratando simplesmente de apresentar o que os interlocutores narraram em seu convívio no ambiente hospitalar, mas da ligação entre o “vivido, o pensado e o expresso” (PEIRANO, 1995, p. 278).

O campo de pesquisa é o Hospital Napoleão Laureano (HNL), que tem, hoje, duas salas de cuidados paliativos na enfermaria. O hospital foi inaugurado no dia 24 de fevereiro de 1962, para colaborar no tratamento de pessoas com câncer na Paraíba; devido a seus princípios cristãos, na ocasião foi realizada uma celebração religiosa e ecumênica no estado. Além de proporcionar o tratamento do câncer, o hospital tem como objetivo promover o avanço na história dos estudos da cancerologia no estado da Paraíba. Passou, desse modo, a ser um importante órgão nos estudos e na capacitação para os profissionais da saúde.

Diante do advento da covid-19, a pesquisa se desdobrou em três momentos: um primeiro, pré-pandêmico, em que pude circular livremente pelo hospital e realizar entrevistas; um segundo, em que as pesquisas em campo foram interrompidas, restando como alternativa o uso das redes sociais; e um terceiro momento de retorno a campo, sob novas normas de biossegurança.

Com o advento do novo coronavírus, medidas de biossegurança foram instaladas. Os olhares se voltaram para a Covid-19; outros problemas estavam presentes, porém, como o câncer, considerado um dos principais problemas de saúde pública mundial, atingindo um número crescente de indivíduos e suas famílias, bem como mobilizando recursos públicos e privados em seu combate.

O presente artigo discute o modo como profissionais da saúde¹ elaboram os significados de cuidados dos pacientes contaminados por Covid-19. As experiências e práticas dos profissionais da saúde levam a pensar sobre aspectos técnicos no processo de cuidado, e também põem em evidência dimensões intersubjetivas e fatores sociais no encontro dos profissionais com os pacientes portadores de câncer e com o corpo com câncer – agora visto como um “corpo de risco” ou um “corpo contaminado”.

1 O nome de todos os profissionais da saúde é fictício.



GESTÃO DO FIM DA VIDA² NA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os profissionais de saúde pesquisados, na sua maioria, têm especialização em cuidados paliativos e, além de lidarem cotidianamente com esses cuidados, são também pesquisadores, profissionais e militantes da causa. Dessa forma, utilizei seus trabalhos e seus discursos nos corredores e nas conversas no hospital na elaboração deste texto³. Segui Santos (2018), que tenta contar o que seria uma “história dos cuidados paliativos”, e também me apoiei na produção da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Para a ANCP e para os profissionais de saúde entrevistados, aquilo que poderíamos hoje ver como cuidados paliativos possuía outras denominações em outros momentos. Nesse sentido, os profissionais da saúde destacaram a relevância da mudança de nomenclatura e de termo sobre esse processo de cuidado dos pacientes, antes chamado de FPT – Fora de Possibilidade Terapêutica.⁴

No século XX, os cuidados paliativos se tornaram uma prática de saúde institucionalizada, surgindo como uma modalidade de assistência aos doentes classificados como estando fora de possibilidades terapêuticas curativas (ANCP, 2011). Na produção do ideário paliativista, o termo paliativo deriva de *pallium*, palavra latina que significa capa, capote. Etimologicamente, a palavra remete ao ato de proporcionar uma capa para aquecer as pessoas que figurativamente “passam frio” toda vez que não podem mais ser ajudadas pela medicina curativa.⁵ É também utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional que atua com os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (BUSHATSKY et al, 2011). No decorrer da pesquisa no hospital, apareceu um conjunto de termos vinculados aos cuidados paliativos, como: alívio da dor, sofrimento, cuidado, afeto e bem-estar.

O campo de cuidados paliativos mostra diversas vertentes no processo histórico de consolidação de um ideário próprio. Em concordância com o debate de Menezes e Lima (2018), os conceitos formulados pelas médicas Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross foram fundamentais para a demarcação do campo de conhecimento dos cuidados paliativos. Saunders criou a expressão “dor total”, como o tipo de dor vivenciado pelo doente terminal.

2 “Gestão do fim da vida” é uma expressão utilizada por Menezes (2004).

3 Nesta parte do artigo não tenho como objetivo diferenciar autores que abordam os cuidados paliativos de formas separada da produção histórica, antropológica, analítica e crítica sobre o tema, e nem a produção dos militantes e defensores dos cuidados paliativos. Pretendo, de uma forma breve, contextualizar o/a leitor/a sobre o tema dos cuidados paliativos e os/as pesquisadores/as que abordam o tema, como também vincular essa discussão aos relatos dos profissionais da saúde.

4 No próximo tópico descrevo a relevância, para o campo, dessa mudança de terminologia.

5 Esse é um termo debatido de uma forma humanizada pela equipe paliativa.



Desde o fim do século XX, tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos surgem movimentos em prol dos direitos dos doentes, de sua autonomia, com um discurso inovador, centrado na promoção de “qualidade de vida” e na produção de uma boa morte (Menezes, 2004) – sobretudo ao se tratar de curso prolongado de enfermidade crônica degenerativa, como o câncer. Os Cuidados Paliativos postulam uma assistência dirigida à “totalidade biopsicossocial e espiritual” do doente categorizado como “fora de possibilidades terapêuticas de cura” e de seus familiares. A perspectiva de uma abordagem integral baseia-se no conceito de “dor total”, formulado pela assistente social, enfermeira e médica inglesa Cicely Saunders, pioneira da nova modalidade de assistência ao último período de vida. A “dor total” está remetida a um tipo de sofrimento que abrange as dimensões físicas, sociais, psicológicas e espirituais presentes no processo do morrer (MENEZES; LIMA, 2018, p. 406).

Na esteira de uma compreensão ampliada do sofrimento envolvendo o fim da vida e a inevitabilidade de uma atuação terapêutica paliativa, surgiram diversos movimentos sociais que contribuíram para a melhoria da situação do doente no processo do cuidado e em seus tratamentos terapêuticos. É pertinente entender que os cuidados paliativos tiveram seu surgimento oficialmente como prática de atenção na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders.

A literatura consultada reporta ter ocorrido o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Kübler-Ross. Saunders foi uma das propulsoras dos *Hospices*, um serviço especializado voltado para pacientes sem possibilidades terapêuticas curativas. O *hospice* nasce enquanto um movimento pioneiro na construção e difusão de uma nova modalidade de assistência aos doentes, os cuidados paliativos (MENEZES, 2004, p. 36). Já Kübler-Ross colaborou para os estudos em pacientes em estágios terminais⁶, e sua obra sobre *A morte e o morrer* (2008) discute a medicina na perspectiva de terminalidade. Esse encontro ocorreu nos Estados Unidos e apontava desenvolver formas de oferecer alívio do sofrimento e controle de sintomas aos pacientes terminais, garantindo uma melhor qualidade de vida àqueles que estão gravemente doentes e em fase final de vida (SANTOS, 2018).

No ano de 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a divulgar o conceito de “cuidados paliativos” e criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados para o fim da vida. A questão de alívio da dor é um fator destacado pelos profissionais da saúde do hospital pesquisado: a necessidade de um médico da dor para o bem-estar dos pacientes,

6 Kübler-Ross (1998) faz uma analogia com a roda da vida, descrevendo um ciclo da vida com as suas formas, e dessa maneira utiliza as etapas da vida usando uma metáfora. Nessa metáfora, o camelo é o “início da vida”; o urso “início da meia idade”; o búfalo “final da meia idade”; e a águia “os últimos anos da vida”. A autora faz uma proposição sobre a morte e o morrer, percorrendo sobre a vida e o viver.



isto é, um especialista em medicina cujo objetivo seria reduzir e controlar a dor do paciente em cuidados paliativos.

O modelo de cuidados paliativos chegou ao Brasil no início da década de 1980, fase em que os brasileiros ainda viviam o final de um regime de ditadura, cujo sistema de saúde priorizava a modalidade hospitalocêntrica – razão pela qual as primeiras práticas de cuidados paliativos se localizaram em hospitais.

Em 2002, o conceito de cuidados paliativos foi revisto, sendo redefinido pela OMS como

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (apud ANCP, 2011 [s. p.]).

É necessário compreender os princípios que regem esse tipo de equipe multiprofissional de acordo com a Associação Nacional de Cuidados Paliativos:

- a) Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis.
- b) Não acelerar nem adiar a morte.
- c) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.
- d) Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte.
- e) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto.
- f) Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- g) Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
- h) Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ANCP, 2009 [s. p.]).

Esses princípios elencados pela ANCP me ajudaram a entender a dinâmica do hospital com pacientes em cuidados paliativos portadores de câncer; as suas práticas; os preceitos que regem a equipe multiprofissional; e as relações entre profissionais e pacientes. Bushatsky et al (2011, p. 401) refletem que “a medicina paliativa é muito mais do que mero tratamento sintomático; afirma a vida e reconhece que o morrer é um processo normal do viver; respeita as decisões humanas e seus valores”. Com isso, é preciso ressaltar que

[...] os profissionais de saúde começaram a perceber que mesmo não havendo cura, há uma possibilidade de atendimento, com ênfase na qualidade de vida e cuidados aos pacientes, por meio de assistência interdisciplinar, e da abordagem aos familiares que compartilham deste processo e do momento final da vida – os cuidados paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2578).



De fato, os cuidados paliativos são uma nova forma de gestão da morte, pois têm se constituído como uma nova medicina, apresentando uma dimensão crítica à fragmentação de seu olhar no processo de cuidado dos pacientes e familiares (RODRIGUES; ABRAHÃO; LIMA, 2020, p. 335). Cuidados paliativos representam a luta por não mais “intervenção médica violenta”⁷ sobre os corpos, quando as intervenções são desnecessárias à sobrevivência do paciente; e, principalmente, implicam não realizar manobras de ressuscitamento, medicalização do fim da vida ou terminalidade.

Ao apreender essas premissas, procurei entender como seriam vistas, pelos profissionais da saúde do Hospital Napoleão Laureano, essas formas de cuidado; até que ponto as práticas ofertadas propiciavam aos pacientes uma “boa morte”, segundo a perspectiva de Menezes (2004); e como essas práticas reverberavam na subjetividade dos profissionais de saúde.

Visando a um término da vida de melhor qualidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (ANCP, 2009) esclareceu que cuidados paliativos se tornariam um cuidado ativo do paciente diante da doença. As reivindicações dos movimentos em torno dos cuidados paliativos contemplaram o indivíduo em seu direito social no processo de morrer. Direitos como “uma boa morte”, “morrer com dignidade” e o direito à eutanásia foram reivindicados, num esforço de modificar os processos sociais e, sobretudo, as intervenções médicas em torno dos moribundos (para utilizar a conhecida expressão de Norbert Elias⁸).

Foi nos anos 1990 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados de cuidados paliativos, ainda de forma experimental, no Brasil (ANCP, 201-?). Nesses serviços, alguns estudiosos começam a definir a morte a partir de sua configuração como “morte contemporânea”, um modelo “ideal” no sentido weberiano (MENEZES, 2003), caracterizado pela noção de autonomia do indivíduo no processo de morrer.

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) reconheceu o câncer como um problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2013). Por sua vez, a portaria nº 2.571, de 27 de dezembro de 2005 incluía já os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica, “compreendendo Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas” (BRASIL, 2005).

É importante destacar que os processos de cuidados paliativos no HNL se-

7 Para o campo, o significado de “intervenção médica violenta” são procedimentos técnicos que tragam danos ao corpo dos pacientes no processo do cuidado, além do necessário em seu prognóstico, como intubação desnecessária; medicalização que não venha trazer um retorno de cura, proporcionando apenas efeitos colaterais ao corpo; ou até mesmo, em determinados casos, ressuscitamento.

8 O ponto central da obra de Elias é justamente a antítese da morte em cuidados paliativos – o envelhecimento e a morte como processos de solidão e abandono.



guem as seguintes fases: o reconhecimento da doença, os processos de tratamentos e as tomadas de decisão de acordo com o prognóstico do doente. Nessa concepção biomédica de cuidados paliativos e câncer,

[...] o câncer é carregado de mitos e tabus sobre a finitude, nos cuidados paliativos isso se amplia. Por isso, é necessário desmitificar o que é falado ou esperado dessa modalidade de cuidado. Tanto para a Organização Mundial da Saúde quanto para o Ministério da Saúde, os cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares perante uma doença fatal, mediante prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (RODRIGUES; ABRAHÃO; LIMA, 2020, p. 335).

Na perspectiva dos cuidadores e defensores dos cuidados paliativos, estes partem de uma abordagem multidisciplinar dirigida a produzir melhoria da qualidade de vida dos pacientes, como também dos familiares.

“ESSE PACIENTE É PALIATIVO, ESSE NÃO”: (RES)SIGNIFICAÇÃO DOS ESTEREÓTIPOS SOBRE OS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na pesquisa de campo pré-pandemia, eu aguardava a chegada das médicas, não tinha um horário certo para encontrá-las no hospital. Ficava aguardando nos consultórios, no horário de visita ou de refeição dos pacientes. Passava horas ou até mesmo retornava para casa sem conseguir contato, pois a rotina médica era corrida: chamadas de urgências, consultas e salas lotadas. Eu esperava para conversar, pois sabia que era importante aguardar o “momento exato”. Embora não exclusivo desse espaço, o “momento exato” é uma peça fundamental em uma etnografia hospitalar. Como antropólogo, eu ficava observando os horários dos lanches, finalizações de consultas, saída dos profissionais ou hora marcada – pequenas brechas de um cotidiano corrido, que foram fundamentais no processo de pesquisa de campo. Nessas brechas, meus interlocutores foram me dando pistas, mensagens, lições que me ajudaram a delinear minha compreensão das práticas de cuidados paliativos no hospital.

A primeira mensagem que escutei de uma das médicas, logo depois de apresentar meu projeto de pesquisa, foi que esse tipo de investigação era relevante e que era necessário escrever sobre “os mitos” em torno aos pacientes paliativos, ou seja, diferenciar o que realmente seria real na vida cotidiana e o “google médico”. Enquanto caminhava pelos corredores e passava na frente das enfermarias, a médica começou a relatar que era comum os familiares pensarem que os cuidados paliativos equivalem a “deixar morrer”, associando essa expressão a outras como “abandono”, “morte batendo na porta”, “desenganado pelos médicos”, “tem quanto tempo



de vida?”.

Para os profissionais da saúde com os quais conversei, existe um estigma com os pacientes em cuidados paliativos, e inicialmente é necessário desconstruir o senso comum sobre essas pessoas. O paciente paliativo não necessariamente está no fim da vida, o prolongamento da vida acontece de acordo com a intensidade da doença e o processo de tratamento. Uma das razões pelas quais o paciente vai para o atendimento de cuidados paliativos é por não mais responder aos tratamentos curativos, ou até mesmo quando a doença se desenvolve sem controle, rapidamente.

O sentimento de morte e de morrer, para os pacientes e familiares permeia o imaginário social, porém. Os profissionais da saúde, em consequência, acabam sendo identificados como propulsores de vida e morte, e por isso é preciso desconstruir a ideia de que a equipe paliativa está deixando o paciente morrer. Diante da existência desse tipo de estereótipos em relação aos cuidados paliativos, atingindo tanto os pacientes como os profissionais, a minha pesquisa foi recebida no hospital (no período pré-Covid-19) como uma oportunidade de divulgar informações mais próximas da realidade⁹.

Os profissionais com os quais conversei destacaram que a cultura da morte no Brasil é repleta de prejulgamentos. Os familiares imaginam que o paciente “vai morrer”, e esse processo de imaginar o corpo adoecido é umas das etapas da construção do paciente paliativo.

Todavia, ao passo que os profissionais destacaram o efeito desses termos sobre os pacientes, inicia-se um processo de reconhecimento de uma *construção necessária da identidade do paciente paliativo* – uma construção na contramão do estereótipo negativo vigente. Dessa forma, é importante compreender como é construída, para os profissionais, essa identidade dos pacientes paliativos, que será melhor descrita posteriormente, a partir das narrativas dos profissionais da saúde. Vejamos alguns aspectos colocados pelos profissionais entrevistados.

Na fala abaixo, uma das médicas, que aqui chamei Stephanie, combate algumas ideias preconcebidas sobre o paciente em cuidados paliativos e também sobre a prática relacionada a esses cuidados:

Na cabeça das pessoas, quando você fala que o paciente está em cuidado paliativo, nada mais é do que você introduzir sintomáticos. Quando, na realidade, não. Quando a gente diz cuidados paliativos, antigamente “cuidados paliativos” era aquele paciente terminal. Vai para cuidados paliativos. Se tem uma dor, vai remédio para dor..., mas hoje não, o cenário é outro. Se eu tenho um paciente fazendo tratamento, por exemplo, de quimioterapia e eu puder inserir esse paciente em um contexto de cuidados, então

9 Na negociação em campo, foi possível perceber a constante expectativa dos profissionais para que o pesquisador também se tornasse um defensor da causa dos cuidados paliativos. Descrevo brevemente na minha dissertação (SILVA, 2021) ações necessárias que o campo solicitava de um pesquisador ativista.

esse colega poderia trabalhar muito mais outras coisas, não em um cenário de não fazer, mas muito pelo contrário, eu vou buscar fazer muito mais. E existe os cuidados paliativos dos pacientes terminais, [...] *que é aquele que você não tem mais a oferecer do ponto de vista de tratamento oncológico, seja pela cirurgia, seja pela quimio, seja pela radioterapia, enfim, mas que você vai dar o conforto, não é? Então, você vai colocar o paciente com mais conforto, buscando uma melhor partida, com qualidade de vida. Mas eu posso ter um paciente em quimioterapia e levá-lo para cuidados também. E o que que ele vai me ajudar. Ele vai me ajudar buscando... tipo, se você vai sentir isso, vamos fazer um suporte tal, um suporte alimentar, um cenário confortável, melhor, mais confortável. Então, esses cuidados paliativos não é só o cenário do que eu não posso mais fazer concreto do ponto de vista de quimio, digamos, da minha parte, não só cirúrgica, como de radioterapia, mas também isso, humanizar. (grifo meu), (Stephanie, médica, entrevista realizada em 25/11/2020).*

Com esse relato, podemos perceber dois tempos de um paciente em cuidados paliativos, ou até mesmo dois tipos de ação, a depender da característica do paciente e do tratamento: o primeiro momento (ou tipo) se aproxima do modelo do paciente “terminal”, prestes a morrer, em que a ação da equipe se limita ao alívio da dor, o que coincide com a visão mais estendida sobre os cuidados paliativos; já o segundo momento/tipo se refere a um paciente que está recebendo alguma ação terapêutica, como a quimioterapia, e ainda assim é inserido em um contexto de cuidados paliativos, buscando fazer muito mais, uma melhor partida da vida em um cenário confortável.

Nesse sentido, é importante salientar que tais práticas, de acordo com a percepção dessa médica, não se destinam somente a pessoas “fora de possibilidades terapêuticas”, pois, na situação que ela descreve, é possível aliar esse tipo de cuidado a uma ação terapêutica que prolongue esse momento – no caso a quimioterapia ou a radioterapia. Um aspecto importante em sua fala é a ideia do cuidado paliativo como um “fazer”, que contradiz a ideia do “deixar morrer”. Destaco, contudo, a existência de profissionais que pensam que cuidados paliativos se limitam ao primeiro aspecto, aquele dos pacientes “fora de possibilidades terapêuticas”.

O psicólogo Mateus enfatiza que os pacientes em cuidados paliativos passam por algo semelhante a uma quebra corporal, “uma doença terminal para o paciente”, e o paciente acaba sendo reduzido a um *corpo clínico*, um *corpo terminal*. O psicólogo destaca que sempre trabalhou com esses “corpos terminais”, porém continuamente se questiona até que ponto esses corpos estão sendo invadidos e rotulados nessa denominação, e destaca que a mudança de termo, de “terminais” para “cuidados paliativos”, “soa melhor”:

Os pacientes em cuidados paliativos não são pacientes terminais, não existe! Isso é matéria de posicionamento, técnico [respirou fundo] independentemente de ter câncer ou não, são um *ser finito*, é além de um ser terminal. É tanto que hoje soou melhor cuidados paliativos. Que o termo



terminalidade não é uma coisa que está mais tão assim, sabe? Antigamente era! Desde com os familiares eles já chegaram falando que meu paciente é terminal. Aí conversava e fazia isso como uma forma de espalhar, sabe? Desmistificar que aquele paciente mesmo na fase terminal de uma doença, você pode conviver com ele, você pode abraçar, você pode adormecer com ele, você pode amanhecer com ele! Então a doença faz parte, porém não é o fim (Mateus, psicólogo, entrevista realizada em 28/10/2020).

De acordo com essa compreensão, a ideia dos cuidados paliativos reforça os vínculos sociais, e se traduz em uma mudança de atitudes das pessoas em relação aos pacientes. A ideia de paciente “terminal” afastaria as pessoas, trazendo a proximidade da morte para um primeiro plano. Ao contextualizar esse paciente “em cuidados paliativos”, a redenominação aproxima familiares e equipe do paciente, chamando atenção para uma ação relacional, que é a do cuidado. Fazendo uma aproximação com as teorias de Victor Turner (1987) sobre liminaridade, pode-se dizer que o paciente “terminal” está à margem, na liminaridade, enquanto um paciente em “cuidados paliativos” tende a ser um paciente ainda inserido no mundo dos vivos.

A enfermeira Alana enfatiza que um paciente em cuidados paliativos, ao chegar no hospital, se encontra em duas situações. Inicialmente a profissional destaca que pacientes em cuidados paliativos são os que não respondem ao tratamento e “não têm retorno de cura”. Para ela existem, porém, duas situações: a primeira, quando a doença está em um estado agressivo, e nesse momento, o tempo de vida pode ser mínimo; e a segunda, quando se descobre a doença no começo, e o prolongamento de vida se torna maior, conforme a evolução nos tratamentos clínicos.

Quero destacar que o termo “doença agressiva” é uma categoria utilizada tanto nos discursos dos profissionais como nos dos familiares. Nas falas dos sujeitos ouvidos no campo, ela está relacionada à ideia de que o câncer é uma “doença silenciosa”; que, em várias situações, “o câncer está escondido de nossos olhos”; e que a pessoa consegue seguir suas rotinas, até o momento em que o “grau de agressividade do tumor começa a crescer no corpo”. Chamo a atenção para essa temporalidade, porque ela será bastante diferente do que veremos mais adiante, quando a Covid-19 entra em cena.

A fonoaudióloga Laís destaca que, nas doenças oncológicas, é comum existirem situações paliativas dos pacientes. Ela relaciona seu entendimento com a própria definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de que “um paciente em cuidados paliativos é aquele que tem a continuidade da vida ameaçada”. E destaca que, identificando esse paciente, o trabalho da equipe passa a centrar-se na “qualidade de vida”¹⁰, um cuidado intensivo visando a seu máximo bem-estar.

10 Para uma discussão sobre qualidade de vida e cuidados paliativos ver Soneghet (2020).



“ESTOU ARRISCANDO A MINHA VIDA”: A SOLIDÃO DA MORTE EM TEMPOS DE COVID-19

Quando eu estava em um ritmo intenso na pesquisa de campo, indo de três a quatro vezes por semana até o HNL, em diversos turnos, e observando o maior número de atividades possível, as manchetes dos jornais informaram a aparição dos primeiros casos de Covid-19 no Brasil. A morte começou a ser debatida, e o medo da pandemia que estava se aproximando se tornou visível nos semblantes das pessoas com as quais eu convivia.

O tema começou a ganhar grandes proporções à medida que as mortes pela doença se multiplicavam no mundo todo e também no Brasil. Os profissionais da saúde ocuparam um lugar importante dessa triste estatística¹¹, pois estiveram “na linha de frente” dessa pandemia, sendo apresentados às vezes como “verdadeiros heróis”, que estariam arriscando as suas vidas e colocando em risco a dos seus familiares para ajudar no caos social que vivenciamos.

No campo, as novas medidas de biossegurança visando a impedir o contágio pelo Sars-Cov-2 afetaram as relações sociais, atingindo tanto pacientes e profissionais de saúde como os demais coletivos que circulam pelo hospital, como os parentes dos pacientes e os pesquisadores. Do dia para a noite, tive que começar uma adaptação a essa “nova rotina”. Tentando manter acesa a chama do meu campo, comecei a fazer uma observação de postagens no Instagram do hospital, além de acompanhar *lives*, reportagens e conversas informais pelas redes sociais. Logo fiquei sabendo que os profissionais considerados de risco foram afastados, incluindo gestantes, portadores de doenças crônicas, maiores de sessenta anos, pessoas com problemas respiratórios e imunodeprimidos. Com esses afastamentos, o quadro de funcionários diminuiu consideravelmente, e as rotinas dos cuidados tomaram outra logística, com a formação de uma equipe específica para os casos de Covid-19 que, presumivelmente, chegariam também ao hospital.

Ainda no mês de março, recebi a informação, por meio das páginas oficiais do hospital, Instagram e site HNL, que foram suspensas as visitas na UTI e nas enfermarias, assim como a presença de voluntários, pesquisadores e estagiários no hospital.

¹¹ O Ministério da Saúde fez um balanço de infecções em profissionais de saúde, no dia 8 de julho de 2020, no Boletim Epidemiológico Especial nº 21 sobre a Covid-19 no Brasil. Até o dia 4 de julho daquele ano, 173.440 casos de Síndrome Gripal (SG) foram confirmados para a Covid-19 em profissionais da área da saúde de todo o país. As profissões com maior registro de casos foram os técnicos ou auxiliares de enfermagem (59.635), seguido dos enfermeiros (25.718), médicos (19.037), Agentes Comunitários de Saúde (8.030) e recepcionistas de unidades de saúde (7.642). Em relação aos casos graves da doença de Covid-19, que necessitaram de internação hospitalar, foram confirmados 697 casos. Os técnicos ou auxiliares de enfermagem foram os mais afetados, com 248 casos, seguido dos médicos (150) e enfermeiros (130). Além disso, 138 mortes foram registradas para Covid-19 até então entre os profissionais de saúde. (BRASIL, 2020a).



Desde então, os quadros clínicos dos pacientes passaram a ser divulgados através de boletim médico duas vezes por semana, pelos profissionais da saúde, com chamadas de vídeos ou ligações aos familiares.

Além disso, o hospital criou uma comissão para prevenção e combate ao novo coronavírus, e foram instituídas novas medidas no âmbito do hospital, entre elas, a imunização com a vacina H1N1. O setor de urgências abriu uma consultoria própria para atender os pacientes que estivessem com sintomas gripais, que, assim, ficaram separados dos demais pacientes.

Medidas foram tomadas de imediato, mas a chegada do vírus ao hospital foi inevitável, o que levou à abertura de uma nova “ala Covid” para os pacientes com câncer que estavam com o vírus. Pacientes já internados no Hospital Napoleão Laureano que apresentassem, na consulta ou na internação, quadro respiratório e que se enquadrassem como caso suspeito deveriam ser isolados na emergência do hospital, local agora reservado para a “ala Covid”. Os casos graves eram encaminhados para um hospital de referência Covid na cidade, se necessário.

Na “ala Covid” não tem visita, e os profissionais começaram a assumir essa responsabilidade dobrada. Os pacientes ficaram distantes dos familiares, acometendo-os uma renovada “solidão dos moribundos”. Na conhecida obra de Elias (2001), *A solidão dos moribundos*, o autor chama atenção para o processo de afastamento da vida social, que começa na velhice e se aprofunda com a doença e a morte, processos que passam a ser geridos (e escondidos) nos hospitais. De acordo com o autor, os moribundos sofrem de solidão pela pouca expectativa de identificação dos outros com a sua condição. A experiência da solidão do moribundo aparece, na obra de Elias, como um efeito negativo do processo civilizador: “moribundos afastados de maneira tão asséptica para os bastidores da vida social; nunca antes os cadáveres humanos foram enviados de maneira tão inodora e com tal perfeição técnica do leito de morte à sepultura” (ELIAS, 2001, p. 31).

Nos cuidados paliativos, a presença da família e um acompanhamento próximo da equipe profissional são fundamentais no atendimento, ao ponto de termos ouvido falar em “morte acompanhada”. Em tempos de covid-19, porém, tanto os familiares foram impedidos de ir ao hospital para ficar com os pacientes, quanto a relação com os profissionais se modificou pelo “medo do vírus invisível” e pelos protocolos que passaram a ser observados.

Parto do princípio, portanto, de que o tempo pandêmico trouxe modificações, tanto a partir do Estado, como também dos indivíduos, pelo medo de morrer, iniciando um processo de distanciamento do convívio social dos corpos contaminados pela Covid-19 em estágio grave, redundando em uma renovada solidão dos mori-



bundos nos hospitais, o que também já foi observado (SILVA, 2021; SILVA, W.; SILVA, U., 2020).

Diante do caráter contagioso do Sars-Cov-2, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) determinou novas orientações de cuidado com o corpo através do Comunicado DVST-CVS¹² 09/2020, que significou uma intensificação das normas higienizadoras para o corpo contaminado grave e o morto. A partir desse momento, a pessoa diagnosticada com coronavírus passou a ser tratada como altamente contaminadora.

O corpo contaminado pela Covid-19 exige a implementação de novas normas sanitárias, que terminam deslizando para outros processos, envolvendo pessoas hospitalizadas e em cuidados intensivos. De acordo com Crepaldi et al (2020), os processos de terminalidade têm sido afetados, no período de pandemia de Covid-19, pelo afastamento do corpo, pois impõem desafios aos rituais de despedida nos pacientes terminais que estão contaminados pelo coronavírus em estado grave. O fato de pessoas na iminência da morte estarem isoladas e sem contato, sem a possibilidade de estabelecer interações face a face, pode dificultar as conversações no final da vida, alterando talvez radicalmente tudo o que observei durante o tempo inicial de minha investigação, no período pré-pandêmico.

Contudo, Andreia Silva (2020b) também observa que, no período da pandemia, deu-se vazão a novas possibilidades de interação social que cercam o processo de adoecimento e morte para possibilitar o contato com os familiares e amigos. Nesse sentido, a ajuda de médicos e enfermeiros possibilitou, com o auxílio de telefones celulares nos quartos dos hospitais, a interação com pacientes em terminalidade pelo coronavírus. Graças a esse procedimento, os enfermos puderam se despedir dos seus queridos usando as tecnologias, o que também ocorreu no HNL. Mesmo assim, os profissionais do HNL destacaram que havia familiares que ficavam no térreo do hospital, instalados em tendas provisórias o dia todo, esperando informações sobre o paciente.

Com o avanço da pandemia, as medidas de distanciamento continuaram sendo utilizadas, e a situação foi ficando cada vez mais crítica. Logo na entrada do hospital, o profissional de saúde acolhe o paciente, e acontece o afastamento da família. Nesse processo, a ala para os pacientes com Covid-19 foi compartilhada com a urgência de pacientes oncológicos.

Os profissionais do HNL relataram que começaram a ficar sobrecarregados com a nova rotina. Muitos não estavam voltando para casa; dormiam em lugares distantes, para proteger os familiares. Logo no começo da pandemia, ademais, os equi-

¹² A Divisão Técnica de Vigilância Sanitária do Trabalho-Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (DVST-CEREST).



pamentos básicos de proteção do hospital para os profissionais acabaram. Na ocasião, um canal local de televisão fez uma reportagem sobre o problema, e começou uma campanha de compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais, para manterem o hospital aberto. Conseguiram esses equipamentos graças à ação da sociedade, com o auxílio de costureiras, empresas, ONGs e familiares. O hospital recebeu um túnel de descontaminação, que foi projetado e desenvolvido pela equipe técnica do instituto Senai; nos meios de comunicação, *lives* de pessoas famosas locais começaram acontecer para colaborar com a manutenção do hospital.

No Instagram¹³, os profissionais também fizeram a campanha “fique em casa” (Figura 1), visando sobretudo aos familiares dos pacientes que estavam acampados na frente do hospital, à espera de notícias. Em algumas ocasiões, ocorreram atritos entre profissionais e familiares quando estes foram informados da impossibilidade de fazer a visita a seus parentes. A todo momento, os profissionais destacavam a importância de usar máscara nos arredores do hospital.

É pertinente perceber que a chegada da Covid-19 afetou o serviço de cuidados paliativos. Não somente os pacientes que estavam (ou estão) com o novo coronavírus não puderam receber visitas, mas todos os pacientes foram privados de visitas, como medida preventiva para evitar a circulação do vírus no hospital. A solidão mediada com o auxílio das tecnologias afetou, assim, toda a prática de cuidados paliativos.



Figura 1: Manifestação “fique em casa”

Fonte: Publicação nas redes sociais dos profissionais do HNL (2020)

13 Nas redes sociais foi divulgado que, no momento de pandemia, outras pessoas não vinculadas ao hospital estavam se aproveitando da situação para arrecadar doações irregularmente. O hospital lançou então uma nota reafirmando os meios de doação.

Apesar desses cuidados, as mortes em decorrência de infecção pelo Sars-Cov-2 foram inevitáveis; e nesses primeiros tempos, o “medo da morte” foi uma expressão constante nos discursos dos profissionais, dos pacientes e dos familiares. Os profissionais começaram a ser infectados pelo vírus, ocorrendo, assim, o afastamento de alguns deles. O momento mais dramático foi quando uma das assistentes sociais morreu em decorrência de complicações da Covid-19, Alexandra Rodrigues de Figueiredo, chamada de “Sandrinha”. Ela aparece na foto acima (Figura 1), do lado esquerdo, segurando a placa com a frase “por vocês!”. Tinha por volta de 40 anos e faleceu no dia 19 de julho de 2020.

Pacientes também morreram pelo coronavírus. Na estatística de setembro de 2020 no boletim interno do hospital, 74 profissionais da saúde haviam sido contagiados até essa data; 67 pacientes tiveram casos confirmados, e desses pacientes, dezessete morreram. Essas mortes intensificaram bastante a vigilância de si, pois essas rotinas ocasionaram um sentimento de medo para os profissionais, tornando os seus dilemas morais, sobre como se relacionar com os pacientes e os colegas de profissão, onipresentes.

Uma ressignificação começou a acontecer para esses profissionais, e agora são vistos como “heróis”. Eles começaram a dar maior visibilidade a suas lutas, performando com marcas nos rostos feitos pelos EPI. Trata-se de um árduo papel na luta contra o coronavírus: sabendo que não se tinha conhecimento suficiente para o tratamento do vírus, e com o medo de que o hospital entrasse em colapso.

“SUSPEITO”, ENCAMINHA PARA “ALA COVID”: TRIAGEM E NOVOS PROCEDIMENTOS

Apenas quando os casos baixaram e começou a vacinação da população, fui autorizado a retornar a campo. No mês de outubro de 2020, recebi as orientações de como seria minha rotina no hospital: não poderia ir todos os dias, tive a liberação de ir entre três e quatro dias, e precisava sempre estar de máscara. Além das blusas, que agora tinham uma padronização, recebi orientações sobre as padronizações das máscaras, que deveriam ser brancas, neutras. Quanto ao manejo das máscaras, fui informado de que, antes de tocar na máscara, era necessário limpar as mãos com um higienizador à base de álcool ou água e sabão e, após o uso, para retirar a máscara, deveria remover as presilhas elásticas por trás das orelhas sem tocar na roupa. Além das máscaras, realizava o teste de igG/igM quinzenalmente/mensalmente, caso apresentasse algum sintoma suspeito. Nesse retorno, mesmo com as limitações impostas para a observação, foi possível acompanhar as mudanças nas rotinas de atendimento, incluindo os cuidados paliativos, e conversar com os profissionais de saúde sobre elas.



Como foi visto anteriormente, em tempos de Covid-19, tanto os familiares foram impedidos de irem ao hospital para ficar com os pacientes, quanto a relação com os profissionais se modificou pelo “medo do vírus invisível” e pelos protocolos que passaram a ser adotados. O corpo se torna marcado e codificado, as práticas de cuidado passam a ser mais distanciadas, e o que fica é a ausência de direitos sociais da pessoa sobre seu corpo com câncer.

No Hospital Napoleão Laureano, quando o número de casos começou a crescer, instalou-se um plano local de contingência para a infecção humana pelo novo coronavírus. Torna-se nítida a preocupação do Hospital, pois, apesar de não ser instituição de saúde referência para o atendimento a casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, coube ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e à Comissão de Combate e Prevenção ao Novo Coronavírus garantirem o acesso às informações necessárias para evitar a disseminação do referido agente infeccioso, caso houvesse algum caso suspeito ou confirmado no HNL.

O hospital seguiu estritamente as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das Sociedades Médicas de Especialidades que lidam diariamente com a problemática da pandemia. Abaixo (Esquema 1) estão as medidas que foram adotadas pelos profissionais de saúde diante de um caso suspeito:

Esquema 1: Plano local de contingência

<p>1. A Emergência do HNL está separada em Emergência Respiratória e Emergência Não Respiratória. TODOS (inclusive os de pré-operatório ou que se destinem aos tratamentos de Quimioterapia ou Radioterapia e aqueles que irão realizar exames laboratoriais e/ou de imagem) os pacientes ao chegarem para atendimento na Emergência serão triados em tendas localizadas fora do hospital por profissionais treinados e devidamente equipados com EPI e utensílios de mensuração de sinais vitais para identificação de pacientes oncológicos com sinais e sintomas respiratórios (febre e tosse, coriza, congestão nasal e dificuldade para respirar) incluindo síndrome gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Sempre priorizar o atendimento do paciente com sintomas respiratórios.</p>
<p>2. Na atual fase de transmissão comunitária, tanto pacientes com “síndrome gripal” como com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) podem ter COVID-19. Desta forma o médico do plantão deverá então classificar o paciente observando as definições a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de Caso de Síndrome Gripal (SG) - Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse OU dor de garganta E com início dos sintomas nos últimos 7 dias. • Definição de Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – Indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse OU dor de garganta E que apresente dispnéia OU saturação de O₂ < 95% OU desconforto respiratório OU que evoluiu para óbito por SRAG independente da internação. • Definição de Caso confirmado de SRAG pelo SARS-CoV-2 - Caso de SRAG com confirmação laboratorial para o novo coronavírus SARS-CoV-2.
<p>3. Se o paciente apresentar estes sintomas, entregar máscara cirúrgica para ele e seu(s) acompanhante(s) e encaminhá-lo à Emergência Respiratória.</p>



<p>4. Para este atendimento, na Emergência Respiratória, o médico deverá usar apenas MÁSCARA CIRÚRGICA. Se houver necessidade de exame como ausculta pulmonar ou qualquer outra situação que seja necessária a aproximação ou toque no paciente, o médico deverá fazê-lo com paramentação completa (máscara cirúrgica, protetor facial, capote descartável, gorro e luvas de procedimentos).</p>
<p>5. Se o paciente for classificado como SG, o mesmo deverá ser liberado para casa e orientado a fazer hidratação adequada, boa alimentação e repouso além do uso de sintomáticos quando necessário, permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias e em caso de dificuldade respiratória, dor torácica ao tossir ou respirar, comparecer imediatamente à unidade de saúde mais próxima.</p>
<p>6. Se o paciente for classificado como SRAG, deverá ser providenciada a coleta de swab pelos técnicos do Laboratório e deve ser oferecido o suporte adequado dentro da Emergência Respiratória.</p>
<p>7. Manter Comunicação com o SCIH o qual notificará os casos às autoridades sanitárias.</p>
<p>8. Pacientes já internados no HNL que apresentarem quadro respiratório e se enquadrarem como caso suspeito deverão ser isolados na Emergência Respiratória para o devido diagnóstico e encaminhamento para a Referência se necessário. Até o momento definiu-se que pacientes da Hematologia e Convênios, suspeitos e/ou confirmados para COVID-19 deverão permanecer em isolamento na própria Hematologia e Convênios e só serão transferidos para a Emergência Respiratória se houver necessidade de suporte avançado.</p>
<p>9. No caso de identificação de paciente suspeito ou confirmado de COVID-19 que esteja internado em Enfermaria/Apartamento conjunto, seguir a orientação do item anterior para o referido paciente e iniciar observação dos demais pacientes que estevam internados na mesma Enfermaria/Apartamento quanto ao surgimento de sinais/sintomas gripais por 05-07 dias e não admitir novos pacientes na mesma Enfermaria/Apartamento pelo mesmo período de tempo ou até o resultado da RT-PCR for liberado (reavaliar esta orientação se o resultado do exame diagnóstico para COVID-19 do paciente índice for negativo).</p>
<p>10. Para a admissão de pacientes oriundos de outros hospitais, avaliar resultados de exames específicos para COVID-19 (PCR e/ou teste rápido e/ou sorologia) além de tomografia do tórax com imagens sugestivas de COVID-19 (padrão em vidro fosco) antes da admissão.</p>

Fonte: Comissão de combate e prevenção ao novo coronavírus do HNL (Revisado em 04/11/2020).

A Comissão de Combate e Prevenção ao Novo Coronavírus trabalhava com extrema constância na elaboração de estratégias para que o hospital não entrasse em colapso por toda a vulnerabilidade dos pacientes com câncer. Além disso, os próprios profissionais da saúde, como mencionado acima, se sentiam em risco constante. Relatos destacam que nunca imaginavam presenciar uma pandemia em que o “querer fazer o melhor é colocar em risco o seu próprio corpo”.

A trajetória e as rotinas dentro do hospital mudaram com as medidas de biossegurança. As orientações eram constantes; havia mudança de planejamento, de rotina; ir para casa dava a sensação de colocar em risco os familiares; as relações com os colegas de trabalho que apresentavam um status de suspeito com o vírus acabavam sendo um problema. As orientações recebidas indicavam “reforçar entre todas as equipes de assistência os cinco momentos para higienização das mãos”: antes do contato com a pessoa suspeita de Covid-19; antes da realização de procedimentos; após risco de exposição à material biológico; após contato com a pessoa suspeita; após contato com áreas próximas à pessoa suspeita.



O termo “pessoa suspeita” se fez presente no vocabulário do cuidado e no autocuidado, identificando corpos que ocupavam uma posição ambígua, sem que pudesse ser esclarecido se ofereciam ou não riscos para os profissionais. Essa situação mudou de forma bastante drástica o tipo de contato entre profissionais e pacientes. A profissional de enfermagem Alana relata que “o paciente que antes da pandemia era uma pessoa [de] que não tínhamos medo, hoje o medo acontece em grandes momentos, na entrada do hospital até fazer o pacote do corpo; e o que pode ajudar nesse momento é seguir o plano de ação, pois todo mundo acaba sendo suspeito”. “Seguir o plano de ação”, como é chamado o plano local de contingência, foi uma das medidas de colocar a ordem no ambiente hospitalar.

O hospital elaborou esquemas para os fluxos de pessoas que circulam no ambiente médico, tanto dos acompanhantes, quanto dos pacientes. Deste modo, o corpo que antes circulava sem muitas restrições no hospital passou a ser classificado com “sim” ou “não”, determinando sua circulação no hospital: o corpo considerado “não suspeito” poderia ter acesso ao interior do hospital; já ao “corpo suspeito” não é permitido acompanhar o corpo doente.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE AO CORPO MORTO CONTAMINADO PELA COVID-19

Embora centrada nos cuidados paliativos, minha investigação também prestou atenção aos procedimentos que ocorrem dentro do hospital após o falecimento dos pacientes, e que envolvem o manejo e a preparação do morto para que possa seguir para os ritos funerários fora do ambiente hospitalar. Para debater essa parte tão delicada, é pertinente destacar o pensamento de Mattedi e Pereira (2007), que descrevem que a morte está inserida em um complexo cultural que envolve técnicas e costumes de cada grupo social:

Do ponto de vista sociológico, a morte pode ser descrita como o núcleo de um complexo cultural que envolve técnicas, costumes e valores. Isso significa que, para habituar-se à morte, cada sociedade, cada comunidade, cada grupo social, à sua própria maneira, acabou desenvolvendo dispositivos de suportes sociopsicológicos para conviver com a ideia de finitude. Com isso, a morte foi se transformando numa experiência institucionalizada socialmente, cercada de ritos, hábitos e técnicas (MATTEDI; PEREIRA, 2007, p. 319).

Nas observações pré-pandemia, tive acesso à forma como se praticavam esses “ritos, hábitos e técnicas” no *post-mortem* dos pacientes no Hospital Napoleão Laureano, e observei de que modo os profissionais atuavam em relação a esse processo técnico.

Um dia em que estava fazendo observação no setor de cuidados paliativos, um médico disse para o técnico de enfermagem Werton: “limpe e faça o pacote”, ao que o



técnico respondeu que iria “envelopar o corpo”. Se toda a inserção na rotina dos profissionais me colocou em contato com códigos e linguagens, não podia ser diferente nesse momento, quando observei com surpresa o vocabulário em torno dos cuidados com o morto: “fazer o pacote”, “envelopar”, termos que significam a preparação do “corpo sem vida”, ou seja, os processos técnicos de limpeza do morto para entregá-lo à central de velórios. No dia a dia do hospital, há alguns momentos tranquilos, sem muito “pacote”; mas em outros momentos o “bicho pegava”, expressão ouvida em campo para se referir a períodos em que ocorriam muitas mortes de pacientes.

No momento do “pacote”, apenas os técnicos de enfermagem realizam os procedimentos com o corpo. Na conversa com o técnico de enfermagem Werton, ele ainda elucida que “não é fácil não, porque você fazer um pacote de outro ser humano, não foi muito bom não. Eu digo a você que ninguém está preparado para isso não, não foi fácil”.

A equipe de enfermagem, responsável pelo processo de preparação do corpo morto, nas conversas, descreve os materiais utilizados como EPI para esse fim: pinça longa, algodão, tesoura, bacia com água, lençol, papel toalha, sabonete líquido, atadura crepe, entre outros. A utilização desses materiais visa à segurança dos profissionais, como também aos procedimentos, que consistem em fechar os olhos do morto, retirar os drenos ou outros objetos que estejam no corpo, fazer os curativos utilizando as gazes ou fitas, retirar secreções como também fechar os orifícios naturais do corpo (ouvidos, narinas e regiões orofaríngea, anal e vaginal), para evitar saída de secreções ou flatos, untar os pés com ataduras, e depois de ajeitar todo o corpo, encaminhar para o setor responsável.

No tempo de pandemia, as medidas recomendadas pela OMS estabeleceram novas formas de enterrar os mortos, como também procedimentos com o corpo morto. No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo de “manejo de corpos” ou “manuseio do corpo” no *post-mortem*, termos técnicos que, se bem podem dar conta das dimensões sanitárias da morte, também objetificam os corpos e produzem intenso impacto social nesse contexto de Covid-19.

No manual sobre o manejo dos corpos na Covid-19, o Ministério da Saúde destaca que todos os orifícios naturais do corpo devem ser rigorosamente tamponados e o corpo morto deve ser envolto em três camadas de capas impermeáveis lacradas. A etiqueta deve trazer a identificação do morto, e o saco externo de transporte deve conter informação relativa ao risco biológico: “Covid-19, agente biológico classe de risco 3”. Após esses procedimentos, o corpo deve seguir para o cemitério em um caixão lacrado, e uma declaração de óbito deve ser entregue aos familiares com a descrição da doença causadora da morte: Covid-19 e CID¹⁴ B34.2 (em caso de infecção não especificada) ou

14 A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).



U04.9 (em caso de síndrome respiratória aguda grave).

Os profissionais de saúde do hospital destacaram que estavam seguindo as orientações do Ministério da Saúde sobre o corpo morto no hospital. As medidas de segurança foram redobradas. É preciso entender que os profissionais realizaram treinamentos, como também faziam leituras de panfletos informativos. Tive acesso a um panfleto, “Cuidados após morte para pacientes com covid-19”, que tem como objetivo “fornecer recomendações referentes ao manejo de corpos no contexto do Covid-19, e outras questões gerais acerca desses óbitos” (BRASIL, 2020b, s. p.).



Figura 2: Cartilha de cuidado com o corpo após a morte

Fonte: Ministério da saúde (2020).



Mesmo com todas as orientações recebidas, os técnicos de enfermagem se queixaram do medo da contaminação. A profissional de enfermagem Alana relata que “o tempo de limpar o corpo agora é mais rápido, corrido, porque o corpo fica exposto a um contato mais intenso com o vírus”.

Nesse momento, o “envelopar” do corpo torna-se mais rápido, “não poderia ficar muito tempo nesse procedimento por causa do risco”. Os profissionais destacam o risco do corpo suspeito de Covid-19, percebendo que estavam diante do medo do cadáver, do corpo terminal, do vírus e do ar; de um vírus invisível aterrorizando as relações entre os profissionais com os pacientes, até mesmo no *post-mortem*. Esses profissionais não só lidam com seus próprios sentimentos, como também com o período de calamidade em tempos de pandemia frente ao corpo morto.

APONTAMENTOS FINAIS

Neste artigo, tentei mostrar de que modo o cotidiano de um hospital especializado no tratamento de pacientes com câncer, e especialmente suas práticas de cuidados paliativos, se viram afetados pela chegada de uma nova ameaça sanitária.

A Covid-19 trouxe consigo novas normativas e procedimentos para lidar com o fluxo hospitalar (pacientes, visitantes, pesquisadores) e com o tratamento dos corpos vivos e mortos, além de ter suscitado emoções de medo e ameaça entre os profissionais de saúde, interlocutores deste estudo.

Um aspecto importante a recuperar, nestes apontamentos finais, é a relevância de atentar para o modo como diversas condições de saúde se atravessam, neste caso, o câncer e a Covid-19. Na urgência da compreensão de uma nova ameaça sanitária, essas interseções podem não ser evidenciadas o suficiente, mas, no caso que aqui apresento, a própria natureza do trabalho de campo, realizado dentro de uma instituição hospitalar, as colocou em destaque.

No HNL, pude observar como câncer e Covid-19 interagem, não apenas enquanto condições de saúde que podiam ocorrer simultaneamente no mesmo paciente, como também na forma de orientações e diretrizes que caminhavam em direções contrapostas, especialmente no que diz respeito aos cuidados paliativos. Ali onde antes se pregava proximidade, era preciso impor agora distanciamento; ali onde se combatiam imaginários de terminalidade, chegava uma nova temporalidade do adoecimento e da morte que atualizava as imagens de fim de vida.

Desde o início, o foco da reflexão foi perceber de que modo os cuidados paliativos ofertados no hospital para os pacientes com câncer eram impactados no novo contexto. Todavia, no desenvolvimento do texto, outras informações foram trazidas



e discutidas, especialmente aquelas relativas ao manejo do corpo morto.

Acompanhar o processo *post-mortem* na pandemia me motivou a continuar na pesquisa hospitalar como uma forma de atualizar minha compreensão sobre o processo social da morte. As experiências desses profissionais com o corpo contaminado em tempos de pandemia, suas técnicas e o sistema de ressignificação do “paciente terminal” para o “corpo morto”, no qual o paciente começa a ser chamado de “pacote”, sofreram um forte impacto diante da situação da Covid-19. A pandemia fortaleceu o “medo do cadáver”, o “medo do corpo” e o “corpo como suspeito”, intensificando as dimensões técnicas de manejo dos corpos e as dimensões simbólicas de separação entre vivos e mortos.

Em relação especificamente aos cuidados paliativos, não existe um protocolo oficial do hospital, em tempos de Covid-19 ou fora deles. Os profissionais tentavam de todas as formas manter esse cuidado de forma individual, subjetiva e ao mesmo tempo técnica, com um sistema de ligação interno entre um profissional ou outro. Na pesquisa, foi perceptível o uso de uma sequência de termos vinculados aos cuidados paliativos como: alívio da dor, sofrimento, cuidado, afeto e bem-estar. A equipe de saúde, que provém de diferentes itinerários de formação, promove uma assistência sem julgamento de valor, respeitando as diferenças e subjetividades desses pacientes paliativos, mesmo com todas as limitações em tempos de pandemia. Foi observado, também, o cuidado através do afeto desses profissionais.

Nesse sentido, a Covid-19 afetou de diversas maneiras as práticas cotidianas de cuidados paliativos desenvolvidas no HNL: o acesso dos familiares aos pacientes foi dificultado ao extremo para evitar possíveis contágios; novos protocolos foram instalados na “ala Covid”, e tornaram a terminalidade desses pacientes um momento de muita solidão; a proximidade física entre pacientes e profissionais foi diminuída e, reduzida ao mínimo nos primeiros tempos da Covid-19, passou a ser permeada pelo medo.

Por fim, gostaria de encerrar alertando para a necessidade de acompanhar as possíveis mudanças que o campo dos cuidados paliativos pode vir a enfrentar diante das exigências postas pela Covid-19, que podem vir a ameaçar a continuidade das práticas e experiências como as aqui narradas. Passados mais de dois anos desde o começo da pandemia, é necessário avaliar quais mudanças foram passageiras e quais delas vieram para ficar, inclusive no campo sensível dos cuidados paliativos para os pacientes com câncer.



REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. História dos Cuidados Paliativos. **ANCP** [online, s.p.], 2011. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 25 set. 2022.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP e cuidados paliativos no Brasil. **ANCP** [online, 201-?]. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil/>>. Acesso em: 31 mar. 2022.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BRASIL (Ministério da Saúde). **Boletim epidemiológico especial n. 21: doença pelo Coronavírus Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 8 jul. 2020a. Número 21.

BRASIL. Cuidados após morte para pacientes com covid-19. **Gov.br** [online, s. p.], Brasília, 23 nov. 2020b. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/aceso-a-informacao/procedimento-operacional-padrao/covid-19/comissao-de-enfermagem/pop-020-cuidados-com-o-pos-morte.pdf/view>>. Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1ª seção, n. 94, p. 129-132, 17 mai. 2013. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2013&jornal=1&pagina=132&totalArquivos=232>>. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL (Ministro de Estado da Saúde). Portaria nº 2.571, de 27 de dezembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1ª seção, n. 250, p. 100, 29 dez. 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=100&data=29/12/2005>>. Acesso em: 21 set. 2022.

BUSHATSKY, Magaly et al. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para profissionais de saúde e cuidadores. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 309-316, 2011.

CREPALDI, Maria Aparecida et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 37, p. 1-12, jun. 2020.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **A roda da vida: memórias do viver e do morrer**. Rio de Janeiro: GMT, 1998.



MATTEDI, Marcos Antonio; PEREIRA, Ana Paula. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Caderno CRH**, Salvador, v. 20, n. 50, p. 319-331, maio/ago. 2007.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENEZES, Rachel Aisengart. Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? **Campos**, Curitiba, v. 3, p. 103-116, jun. 2003.

MENEZES, Rachel Aisengart; LIMA, Carolina Peres de. Sedação paliativa em fim de vida: debates em torno das prescrições médicas. **Revista M.**, v. 3, n. 6, p. 405-420, 2018.

PEIRANO, Mariza G. S. **O poder da etnografia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995. Anuário Antropológico 94.

RODRIGUES, Dayse Maria de Vasconcelos; ABRAHÃO, Ana Lúcia; LIMA, Fernando Lopes Tavares de. Do começo ao fim, caminhos que segui: itinerários no cuidado paliativo oncológico. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 349-361, abr./jun. 2020.

SANTOS, Ana Carolina de Almeida. **Cuidados de enfermagem em oncopediatria**: o cuidar além do curar no tratamento paliativo. 2018. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Internacional da Paraíba, João Pessoa, 2018.

SILVA, Andreia Vicente. Os ‘ritos possíveis’ de morte em tempos de coronavírus. **Dilemas**, Rio de Janeiro, Reflexões na Pandemia, p. 1-12, 2020a.

SILVA, Andreia Vicente. Velórios em tempos de Covid-19. **Boletim Cientistas Sociais**, São Paulo, n. 25, p. 1-3, 22 abr. 2020b. Disponível em: <http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/Boletim_n25.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

SILVA, Weverson Bezerra; SILVA, Uliana Gomes da. Reflexões antropológicas sobre a Covid-19 e o corpo morto. **Áltera**, João Pessoa, v. 2, n. 10, p. 65-72, 2020.

SILVA, Weverson Bezerra. **‘Trabalhar com a morte é não parar de pensar nela’**: estudo antropológico sobre as práticas dos profissionais de saúde do hospital Napoleão Laureano com os pacientes com câncer em cuidados paliativos. 206 f. 2021. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

SONEGHET, Lucas Faial, Fazendo o melhor da vida na morte: Arranjos de Cuidado, Qualidade de Vida e Cuidados Paliativos. **Revista M**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 357-382, jul./dez. 2020.

TURNER, Victor. O processo ritual. In: **Liminaridade e Communitas**. Petrópolis: Vozes, 1974.

Recebido em: 31/03/2022

Aceito para publicação em: 04/08/2022

