



Interdição da família em UTI-Covid-19 e atenção ao luto: uma experiência psicanalítica

Banning family members from UTIs-Covid-19 and bereavement care: a psychoanalytic experience

Interdicción de la familia en UCI-COVID-19 y atención al duelo: una experiencia psicoanalítica

Cristiane OLIVEIRA¹  

Mônica VENÂNCIO¹  

Juliana MATTOS²  

¹ Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Universitário Prof. Edgard Santos – HUPES, Ambulatório do Luto. Salvador, BA, Brasil.

² Rede D'Or, Programa de Transplante Cardíaco e Pulmonar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Cristiane Oliveira
cristianeoliveira@ufba.br

Recebido: 26 ago. 2025

Revisado: 15 fev. 2026

Aprovado: 03 mar. 2026

Aprovado para publicação:
07 abr. 2026

Como citar (APA):

Oliveira, C., Venâncio, M., & Mattos, J. (2026). Interdição da família em UTI-Covid-19 e atenção ao luto: uma experiência psicanalítica. *Revista da SBPH*, 29, e019. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.950>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

Este relato de experiência profissional orientada pela psicanálise analisa a vivência das restrições de contato entre pacientes e familiares e suas repercussões para o trabalho de luto no contexto brasileiro das hospitalizações por Covid-19, tomando Unidades de Terapia Intensiva – UTI e teleatendimentos como cenários assistenciais de referência. A angústia e a solidão que atravessaram os pacientes hospitalizados, muitos deles em processo de terminalidade da doença, os fluxos e as obstruções da participação da família nos processos de cuidado e nos rituais de despedida e as particularidades do discurso de familiares enlutados nesse contexto de restrições sanitárias e funerárias e de distanciamento social constituem os eixos estruturantes deste trabalho. Ressalta-se a importância da ampliação de espaços e da diversificação de estratégias de cuidado multiprofissional na rede de atenção à saúde mental que favoreçam o trabalho de luto, de modo a fazer frente à sua farmacologização crescente e indiscriminada e a produzir respostas coletivas face aos danos decorrentes da gestão política da crise sanitária a que foram expostos.

Descritores: Luto; Psicanálise; Família; Hospitais; COVID-19.

Abstract

Based on a report of professional experiences guided by psychoanalysis, and using Intensive Care Units – ICU and telecare as reference settings, this article analyses the experience of contact restrictions between patients and family members, and their repercussions on the grieving process in the Brazilian context of hospitalisations due to Covid-19. The work is structured around the anguish and loneliness of hospitalised patients, many of whom were terminally ill; the flows and barriers to family participation in care processes and farewell rituals; and the specific discourse of bereaved family members in a context of health and funeral restrictions, and social distancing. We highlight the importance of expanding spaces and diversifying multi-professional care strategies within the mental healthcare system in order to support the grieving process and confront its growing and indiscriminate pharmacologisation, and to produce collective responses to the damage caused by the political management of the health crisis.

Descriptors: Bereavement; Psychoanalysis; Family; Hospitals; COVID-19.

Resumen

Este relato de experiencia profesional orientado por el psicoanálisis analiza la vivencia de las restricciones de contacto entre pacientes y familiares y sus repercusiones en el trabajo de duelo en el contexto brasileño de las hospitalizaciones por Covid-19, tomando las Unidades de Cuidados Intensivos – UCI y la atención remota como escenarios asistenciales de referencia. Constituyen ejes estructurantes de este trabajo: la angustia y la soledad atravesadas por los pacientes hospitalizados, muchos de ellos en proceso de terminalidad de la enfermedad; los flujos y las obstrucciones de la participación de la familia en los procesos de cuidado y en los rituales de despedida; y las particularidades del discurso de familiares en duelo en este contexto de restricciones sanitarias y funerarias, así como de distanciamiento social. Se resalta la importancia de ampliar los espacios y diversificar las estrategias de cuidado multiprofesional en la red de atención a la salud mental que favorezcan el trabajo de duelo, como modo de hacer frente a su creciente e indiscriminada farmacologización y de producir respuestas colectivas ante los daños derivados de la gestión política de la crisis sanitaria a la que estuvieron expuestos.

Descriptores: Aflicción; Psicoanálisis; Familia; Hospitales; COVID-19.

INTRODUÇÃO

Durante a pandemia de Covid-19, com os serviços de saúde e, em especial, os hospitais em colapso, a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de profissionais capacitados, a indisponibilidade de recursos, o medo do contágio, as dificuldades físico-estruturais dos serviços para se adaptarem às condições impostas pelo cenário de crise, a restrição de acesso aos leitos de pacientes infectados foram alguns dos fatores que comprometeram a assistência em unidades de terapia intensiva (Broering & Santa Maria, 2023; Pereira et al., 2023). Esse cenário foi agravado pela dissonância programada e deliberada entre informações e prescrições coordenadas pelas diferentes esferas do poder público (Centro de Pesquisas de Direito Sanitário [CEPEDISA], 2021).

Nesse cenário, os serviços precisaram reorganizar seus fluxos clínicos e institucionais e incorporar estratégias alternativas de acompanhamento, ao mesmo tempo em que as equipes de saúde mental também se viram convocadas a se reestruturar diante de condições inéditas, intensificada pelo sofrimento psíquico dos diferentes atores envolvidos (Costa & Pontes, 2025). Uma dessas condições foi a restrição de acesso aos serviços de saúde da rede de apoio social das pessoas acometidas pela infecção que conseguiram atendimento, bem como funerais restritivos, que acabaram por interditar o acesso dos familiares à cena do cuidado hospitalar e aos ritos de despedida. Tal medida produziu intensificação do sofrimento mental e repercutiu no trabalho de luto de familiares, que adquiriu importância renovada na pandemia, seja pelo número elevado de pessoas nessa condição simultaneamente, característica de uma grande catástrofe, seja pelas adversidades contingentes à pandemia que criaram dificuldades a esse trabalho.

Este artigo é um relato de experiência profissional orientada pela psicanálise de três contextos clínicos distintos que analisa a vivência das restrições de contato entre pacientes e familiares e suas repercussões no trabalho de luto no contexto brasileiro das hospitalizações por Covid-19. Para tanto, toma como ponto de partida a cena de internamento em Unidade de Terapia Intensiva – UTI inviabilizada à família, na qual são apresentadas algumas mudanças nos processos de trabalho da equipe multiprofissional em saúde, bem como angústia e solidão que atravessaram os pacientes, muitos deles em processo de terminalidade. Ainda nesse cenário, o artigo analisa fluxos e obstruções da participação da família nos processos de cuidado e nos rituais de despedida, em meio ao forte medo do contágio e aos protocolos clínicos e sanitários. A partir do trabalho ambulatorial e dos teleatendimentos, mapeiam-se particularidades do discurso de familiares enlutados sobre os quais incidiram essas restrições sanitárias e funerárias e na precarização da sociabilidade no processo de luto pelas prescrições de distanciamento social. Finalmente, o trabalho extrai consequências dessa experiência para o cuidado aos enlutados, tanto na clínica, quanto nas políticas públicas.

CARACTERIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato integrado de uma experiência profissional orientada pela psicanálise, ocorrida entre março de 2020 e dezembro de 2021, elaborado a partir da inserção das autoras em três cenários de atuação profissional distintos: uma UTI coorte Covid-19 do Hospital da Bahia, uma UTI coorte Covid-19 e o Ambulatório do Luto do Complexo Hospitalar Professor Edgar Santos – COM-HUPES, e uma atividade de extensão universitária do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA que prestou acompanhamento psicológico por teleatendimentos destinados a pessoas

enlutadas por perdas de entes queridos por covid-19 encaminhados por hospitais públicos e privados da rede de saúde.

No internamento em UTI, a direção do trabalho clínico orientado pela psicanálise focalizou a produção de recursos simbólicos capazes de contornar o intenso sofrimento diante da morte, modulando a produção imaginária que se avizinha do afeto real da angústia (Lacan, 1962-1963/2005) e o reconhecimento implicado na produção de sofrimento, além de permitir que o apalavrar-se possa transformar a própria experiência daquele que sofre (Dunker, 2016). Com a equipe multiprofissional, buscou-se incluir os aspectos psíquicos implicados no processo de adoecimento/hospitalização e manejar vínculos entre profissionais e pacientes, favorecendo um cuidado ampliado e humanizado em meio à sobrecarga vivenciada pela linha de frente na pandemia.

Com a família afastada da cena do cuidado durante todo o período de referência deste trabalho, os atendimentos foram organizados a partir da mediação tecnológica, utilizando-se chamadas de vídeo, ligações telefônicas e mensagens de áudio, conforme as condições clínicas do paciente e a disponibilidade institucional. As tecnologias da informação e comunicação (TICs) foram utilizadas não só como dispositivos clínicos para expressão e elaboração de afetos, mas também como facilitador do contato simbólico entre paciente e família de modo a favorecer a travessia do sujeito adoecido pela hospitalização naquelas condições críticas. Em caso de terminalidade da doença, o uso das TICs possibilitou despedidas possíveis e a inscrição da morte no campo da palavra, buscando atenuar os efeitos dessas restrições no trabalho de luto.

No âmbito do trabalho ambulatorial, o atendimento aos familiares ocorreu prioritariamente por teleatendimentos, com frequência e duração alinhadas à condição clínica do paciente e às demandas emergentes do próprio acompanhamento. Um projeto de extensão universitária serviu como referência para encaminhamentos de uma rede que integrou profissionais de psicologia orientados pela psicanálise de hospitais públicos e privados. Um corpo técnico de profissionais já graduados em Psicologia atuou voluntariamente no projeto em uma prática supervisionada semanalmente, o que permitiu acesso à psicoterapia individual a familiares de pessoas que faleceram por Covid-19, com duração de até 18 meses, orientada pela psicanálise.

Partiu-se da compreensão do luto enquanto trabalho psíquico que revela a constituição da subjetividade na relação com a alteridade (Butler, 2015; Freud, 1915-1917/2011). A escuta e as intervenções orientadas pela psicanálise visavam, num primeiro tempo, que os familiares pudessem lidar com os afetos (ou a supressão deles), as lacunas produzidas pelas restrições sanitárias e funerárias e a súbita passagem da condição de sadio para moribundo e, em seguida, morto; num segundo tempo, instaurar, por um intrincado processo de hipervinculação e desvinculação (Freud, 1915-1917/2011), que ao separar a imagem do objeto perdido do objeto causa de desejo (objeto a) pode consumir o que Lacan (1962-1963/2005) reputou como sendo a fórmula da resolução do luto.

Nessa perspectiva, o esforço ensejado foi o de desenvolver um trabalho psicanalítico atento às obstruções e dificuldades oriundas de conflitos pertencentes à vida de relação com o objeto perdido; às singularidades da disposição psíquica do enlutado; ao potencial traumático do contexto de produção da morte; às ancoragens e desancoragens socioculturais para o trabalho de luto que podem intensificar o sofrimento e prolongar, ou mesmo infinitizar (Dunker, 2023), o luto. Finalmente, buscou-se favorecer as condições para a invenção subjetiva de um novo lugar para fazer frente ao seu desalojamento diante da perda (Oliveira, 2017), uma vez que não é só um objeto que se perde, mas o entre-dois, que ressoa no enlutado como uma espécie de amputação (Allouch, 1995/2004).

SOLIDÃO E ANGÚSTIA DE SUJEITOS HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EM UTIS

Durante a pandemia de Covid-19, o aumento de casos aliado à indisponibilidade de espaços de isolamento, levaram os hospitais a criarem áreas de coorte com rigorosos protocolos de segurança. Para conter a propagação do vírus, medidas emergenciais foram adotadas de forma abrupta, impactando tanto a assistência quanto a estrutura hospitalar. Embora protetoras, essas mudanças afetaram a experiência de hospitalização dos adoecidos e seus envolvidos. Profissionais de saúde enfrentaram manifestações recorrentes de sofrimento dos pacientes — choros, gritos, queixas —, recorrendo às psicólogas na tentativa de mitigar o mal-estar.

Se a hospitalização já representa uma ruptura e “desassenhoramento de si” (Moretto, 2019), por deslocar o sujeito do lugar de “senhor” da sua rotina, dos seus planos e até do próprio corpo, o contexto pandêmico acentuou o sofrimento psíquico, convocando-o ao enfrentamento do insuportável. Nesse cenário, a irrupção da angústia diante de incertezas, privações, desamparo, chances reduzidas de desfechos favoráveis e processos de morrer/morte ainda mais solitários produzia desordem psíquica. Somavam-se a isso a paramentação (a roupa, a máscara, a capa, as luvas, a proteção ocular etc.) e o medo da contaminação que implicavam ocultação e distanciamento de corpos entre os profissionais e os hospitalizados, acentuando ainda mais a solidão e o desamparo.

Embora o combate ao agente patogênico e o restabelecimento da saúde física das pessoas tenham sido prioritários, as intervenções voltadas aos impactos psíquicos não deveriam ser negligenciadas (Brooks et al., 2020), sob pena de produzirem lacunas com efeitos duradouros no enfrentamento do adoecimento (Ornell et al., 2020). As dissimetrias entre o tempo lógico do sujeito e a urgência médica desafiavam a escuta psicanalítica no hospital, exigindo um cuidado compartilhado capaz de fazer emergir outro sentido ao sofrimento: “fazer aparecer no sujeito outro sentido em seu dito, um dizer que faça valer seu desejo e que produza novamente um sujeito” (Azevedo, 2019, p. 102).

A psicologia, no contexto pandêmico de assistência hospitalar, enfrentou um cenário novo e adverso, marcado por restrições institucionais e pela ameaça constante de morte. O estabelecimento de vínculos transferenciais, atendimentos longos e breves, devido à instabilidade do paciente ou às demandas da equipe, acolhimentos, comunicações de notícias difíceis e, sobretudo, videochamadas frequentemente aguardadas como o único momento de contato entre pacientes e familiares tornaram-se dispositivos centrais de intervenção. Esses encontros virtuais produziam efeitos psíquicos intensos, oscilando entre alívio e esperança e angústia, desorganização emocional e antecipação do luto, especialmente diante do agravamento clínico ou quando a ligação assumia o caráter de despedida.

Autorizar-se a psicanálise no hospital implica sustentar uma clínica nas instituições, expandir as fronteiras dos *settings* tradicionais e pensar sua inserção a partir da transferência de trabalho com a equipe multiprofissional. Tais condições demandaram uma reinvenção dos manejos clínicos e institucionais, com a criação de dispositivos de cuidado adaptados às restrições sanitárias e às necessidades emergentes de pacientes, familiares e equipes. Contudo, a abertura às inovações clínicas e a aplicação do método psicanalítico para além do *setting standard* já estavam no horizonte da psicanálise desde seus primórdios (Freud, 1919/2021).

As chamadas inovações clínicas podem ser compreendidas como desdobramentos históricos e éticos da própria psicanálise, que, diante de situações-limite como a pandemia, é convocada a operar em condições não ideais, sustentando um lugar de

escuta e simbolização onde o enquadre tradicional não é possível. O cenário de assistência aos acometidos pela Covid-19 convocou a psicanálise a sustentar sua ética diante das inumeráveis mortes, buscando localizar a singularidade de cada sujeito em seu encontro com o real da angústia (Lacan, 1962-1963/2005) a partir das urgências inscritas no corpo.

Nas alas destinadas aos pacientes com Covid-19 que fizeram parte desse relato de experiência, a morte não era uma hipótese remota: ela se anunciava nos leitos vizinhos dos pacientes que necessitavam repentinamente de intubação orotraqueal e permaneciam nesse estado por longos períodos até o falecimento, nos profissionais que hesitavam em se aproximar do leito com receio da contaminação e nas altas que eram postergadas. Mesmo nos quadros em que não aparentava haver complicações, a incerteza quanto à própria evolução clínica, o isolamento dos familiares e da rede de apoio, a comunicação mediada por telas e a paramentação que tornava os profissionais quase irreconhecíveis intensificavam vivências de angústia e desamparo.

O hospital, socialmente compreendido como lugar de cuidado e recuperação, foi ressignificado como espaço onde a morte era quase que onipresente, tornando a experiência de adoecimento e hospitalização algo da ordem do insuportável e de difícil representação. Estudos clínicos orientados pela psicanálise (Almendra et al., 2020; Ventura et al., 2025) corroboram essa leitura do quadro pandêmico no qual o adoecimento passou a ser atravessado por camadas adicionais de sofrimento psíquico, não apenas pela possibilidade abstrata de morte, mas pela sua presença insistente e cotidiana.

A FAMÍLIA, ENTRE A INTERDIÇÃO DO CUIDADO E A AUSÊNCIA DE RITUAIS DE DESPEDIDAS

Antes da pandemia, a UTI já era o setor hospitalar com maior restrição ao acesso familiar, sob a justificativa de risco de infecção. Contudo, estudos mostram que a presença da família não aumenta esse risco e ainda reduz danos psíquicos, como *delirium* e sintomas depressivos (Rosa et al., 2019). Na prática, tal argumento frequentemente mascarava o desconforto da equipe diante do sofrimento familiar. Em resposta, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS, 2019), que incluiu a participação ativa dos familiares no cuidado como estratégia de segurança do paciente, levando à ampliação gradual de sua permanência em diversas UTI.

Com a proliferação da Covid-19 no Brasil, em um cenário de incertezas, as visitas familiares foram abruptamente suspensas, intensificando repercussões psíquicas já presentes no contexto da UTI. Relatos de televisitas evidenciaram o sofrimento decorrente da separação, como o pedido de uma criança para que a mãe não morasse na UTI, revelando a angústia de deixá-la em um espaço inacessível. A ausência da família também produziu sofrimento nos profissionais, que se consternaram diante da morte solitária dos pacientes com Covid-19. A solidão dos moribundos, descrita por Elias (1982/2001), intensificou-se no contexto pandêmico, em que se passou a morrer sem contato com a rede de apoio, entre maquinários e profissionais totalmente encobertos por Equipamentos de Proteção Individual – EPI.

As equipes de saúde passaram a lidar com o sofrimento intenso de familiares obrigados a transferir integralmente o cuidado de seus entes a profissionais, muitas vezes desconhecidos, com contato restrito às TICs. Muitos retornaram ao hospital apenas para a retirada do corpo, em caixão fechado, após a comunicação do óbito por telefone. A

pandemia, assim, violou a dignidade dos mortos e dos enlutados, que frequentemente descreveram a impossibilidade de despedida como desumana e injusta com o que era de merecimento do falecido.

Pouco se falou sobre o fato de que os corpos das pessoas mortas por Covid-19 foram enterrados nus, embalados em um saco preto, algo que nem mesmo os profissionais de saúde apreenderam de forma imediata. Apenas meses após o início da pandemia, muitos reagiram com perplexidade ao constatar que a interdição do contato com os corpos após a saída da UTI implicava também a impossibilidade de vesti-los.

A suspensão da presença familiar no hospital e dos rituais de despedida representou um recuo em relação à Política Nacional de Humanização – PNH, reforçando o estigma da UTI como espaço de morte e inacessível à família. A PNH propõe a visita aberta e o direito ao acompanhante como dispositivos da clínica ampliada, voltados à preservação da autonomia do sujeito, à continuidade de seus projetos de vida e à articulação de laços comunitários (Ministério da Saúde [MS], 2007). A presença de pessoas com vínculo com o paciente durante a internação sustenta a ligação com a vida interrompida pelo adoecimento, trazendo ecos da história e dos interesses que o antecedem.

Diante das restrições, o suporte psicológico aos familiares passou a ser mediado pelas TICs que permitiram, de certa forma, a presença da família na cena do cuidado. No contexto pandêmico, esses recursos mostraram-se fundamentais para a promoção de tecnologias leves (Merhy, 2007), como acolhimento e humanização, sendo utilizados em diversos países tanto no enfrentamento da Covid-19 quanto na oferta de suporte psicológico a pacientes hospitalizados, familiares e profissionais de saúde (Souza et al., 2020).

Os boletins médicos passaram a ser realizados por telefone, em horários restritos, limitando o contato dos familiares a poucos profissionais. Esse distanciamento dificultou a construção de vínculo, a suposição de saber e a percepção da UTI como espaço seguro, obrigando os familiares a confiar em vozes desconhecidas e a supor que seria ofertado o melhor cuidado ao seu ente.

O uso das TICs possibilitou ampliar a escuta psicológica a diferentes familiares, em atendimentos pontuais ou contínuos, sustentando a aposta no desenrolar do trabalho do luto, que exige o rearranjo das lembranças e dos projetos compartilhados com o ente perdido (Leader, 2011). Acolher e possibilitar a construção de uma narrativa sobre a perda anunciada era favorecer o trabalho do luto.

Uma alternativa de intervenção nesse contexto foram as televisitas assistidas, realizadas por meio de chamadas síncronas ou envio prévio de áudios e vídeos, mediadas pela psicóloga de referência da unidade, orientada pela psicanálise. Previamente acordadas, essas visitas reuniam familiares em intensa comoção, marcadas pelo desejo de ver o ente hospitalizado, mesmo diante de corpos inertes, sedados e invadidos por dispositivos.

Antes da pandemia, a entrada de um paciente em estado grave na UTI convocava paulatinamente os familiares a se aproximarem da possibilidade de perda, processo doloroso, porém essencial para o desenrolar do luto. No contexto pandêmico, essa aproximação imaginária e simbólica foi interrompida, privando os familiares de experiências que poderiam favorecer a resignificação da perda e impelindo-os à antecipação do luto, em meio ao desamparo, com intensificação da angústia e inflação do imaginário (Moretto, 2019).

As televisitas mediadas sustentaram a aposta de que os corpos positivados por Covid-19 pudessem ser tocados pela palavra, restituindo-lhes o lugar de sujeito e oferecendo aos

familiares a possibilidade de circunscrever o real invasivo. Em muitos casos, configuraram-se como o último contato antes do óbito. Em umas das cenas mais emblemáticas, um filho, diante do momento final da vida de sua mãe, pediu para que outros familiares o deixassem a sós, ao passo que solicitou que o dispositivo fosse colocado próximo ao ouvido da paciente. Em meio à intensa comoção, como se estivesse presente na UTI ao lado dela, rememorou situações, arrependimentos e se despediu daquela que identificava como sua principal referência afetiva.

Embora as televisitas, as telecomunicações e os teleatendimentos contribuíssem para manter a importante presença da família na cena do cuidado, tais recursos não substituíram a presença física, especialmente em situações de comunicação de notícias difíceis e manejo de crises psíquicas, como preconizam protocolos consagrados, a exemplo do SPIKE (Baile et al. 2000). A pandemia evidenciou não só a efetividade do uso das TICs, mas também a necessidade de cautela para que não fossem negligenciadas as implicações subjetivas do adoecimento, da hospitalização e da morte. Nesse sentido, o manejo do sofrimento dentro do enquadre de um tablet impôs desafios clínicos importantes, exigindo, diante da irrupção do choro ou do rompimento abrupto das chamadas, sustentar simultaneamente voz e olhar para reconduzir o familiar à palavra e fazer borda à dor que lhe acometia.

Durante as televisitas, fazia-se necessário olhar e tocar o corpo do paciente de modo a se fazer presente o familiar, por ora, ausente. Assim, o corpo da psicóloga, orientada pela psicanálise, entrava em cena como mediador, em um contexto em que os corpos na UTI eram manipulados apenas para procedimentos estritamente necessários. O toque, nesse enquadre, adquiria dimensão de linguagem.

A pandemia no Brasil foi atravessada por desinformação, *fake news* e discursos negacionistas, que imputaram dúvidas aos familiares acerca da existência da doença, da ciência e dos tratamentos preconizados por instâncias nacionais e internacionais. Influenciados pelo negacionismo, familiares passaram a questionar os registros de óbitos por Covid-19 e a integridade ética dos profissionais de saúde, com quem mantinham contato apenas por meio das TICs, alegando haver interesses financeiros envolvidos na notificação das mortes. Nesse contexto, registros como fotografias da internação assumiram a função de atestar a existência da doença, da hospitalização e da morte, diante da impossibilidade de testemunhar todo o processo, o que ficou evidenciado no questionamento da familiar quanto à decisão de preservar os registros durante a internação do seu ente ou as lembranças boas que antecederam aquele momento.

Com o avanço científico e a chegada da vacina, os protocolos sanitários foram gradualmente flexibilizados e as visitas familiares retomadas de forma tímida. Ainda que a morte solitária tenha sido uma resposta possível à emergência sanitária, marcas subjetivas importantes foram notadas: nos momentos possíveis de despedida, familiares frequentemente expressavam culpa por sua ausência, convertendo uma decisão técnica de isolamento em autculpabilização diante da morte do ente querido.

A retirada da família, no início da pandemia, constituiu a medida protetiva possível diante de um contexto inédito e cercado de elevado grau de incertezas. Contudo, a manutenção prolongada dessa restrição e a retomada recorrente de portarias que facilmente suspendiam visitas em unidades de saúde — inclusive quando já havia vacinação parcial da população e flexibilização do uso de máscaras em espaços públicos — ignoraram os efeitos psíquicos dessa ausência e evidenciaram a fragilidade do empenho coletivo na construção de alternativas que preservassem o vínculo sem comprometer a segurança. Nesse cenário, foi possível escutar a reivindicação de um viúvo por um caixão com vidro

resistente, que permitisse a despedida sem risco de contágio, sinalizando o anseio por preservar rituais de luto, dignidade e reconhecimento da dor dos enlutados.

O manejo institucional das mortes por Covid-19, por vezes, seguiu uma ritualidade protocolar. Mesmo já havendo diretrizes em outros hospitais que tornaram possível a realização de velórios com caixão após o período de transmissibilidade, foi possível escutar um profissional que, sem hesitar, interrogou se o familiar realmente desejaria velar o ente querido nessas condições. Não deveria causar surpresa, mesmo em período pandêmico, alguém desejar inscrever e testemunhar a morte de uma pessoa amada.

A exclusão da família da cena do cuidado, com a supressão das visitas presenciais e dos rituais de despedida, produziu experiências de perda não simbolizada, intensificando o sofrimento e a sensação de impotência de familiares e profissionais. A impossibilidade de presença junto ao corpo adoecido e morto, tradicionalmente central na simbolização da perda, deslocou para os profissionais a função de presença e de cuidado emocional nos momentos finais de vida (Pereira et al., 2023).

FIGURAS DO DISCURSO DOS ENLUTADOS POR PERDAS ASSOCIADAS À COVID-19: A EXPERIÊNCIA DOS TELEATENDIMENTOS EM UM PROJETO EXTENSIONISTA UNIVERSITÁRIO

Esta seção articula algumas figuras presentes no discurso de enlutados por perdas associadas à Covid-19, a partir de teleatendimentos de uma atividade de extensão universitária, durante os dezoito primeiros meses da pandemia de Covid-19, realizados com o objetivo de favorecer a elaboração psíquica do luto, por via do trabalho clínico de orientação psicanalítica em cuidado ampliado e multiprofissional em saúde mental. Essa iniciativa foi justificada como necessária, por considerar que, nesse contexto da catástrofe pandêmica, pode haver um risco aumentado de lutos que se prolongam no tempo e em complexidade e que podem desencadear/agravar padecimentos físicos e mentais, em função da vulnerabilidade gerada pelas restrições sanitárias, bem como pela gestão política dos processos de vida e morte no contexto brasileiro.

Nesse particular, é possível afirmar que os familiares de um contingente muito significativo de mortos pela Covid-19 foram vitimados pela violência praticadas pelo Estado. Evidências robustas (CEPEDISA, 2021) apontam para o agravamento deliberado de um quadro seja pela dissonância programada entre discursos e práticas negacionistas difundidas pelo próprio poder público federal e as recomendações sanitárias recomendadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS (World Health Organization [WHO], 2020) e por outras entidades amparadas pelas ciência, seja pelo atraso na aquisição e distribuição de vacinas, seja ainda pelo desalinho na partilha da responsabilidade entre Estados, municípios e União na organização e gestão dos serviços hospitalares. Somados, esses fatores dificultaram as possibilidades de enfrentamento coletivo da pandemia, tanto no âmbito da prevenção, quanto no âmbito dos processos de morte e morrer e, ainda no trabalho de luto.

O luto necessita de apoio familiar, psicossocial e, por vezes, profissional, para que se possam produzir respostas individuais e coletivas ao sofrimento e à dor psíquica que ele engendra. O que emerge a partir do discurso de enlutados que perderam entes queridos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil? Em um contexto de distanciamento social e angústia de contágio, de um lado, intensa dor psíquica, devastação ou, de outro, a

ausência de si e torpor. Essas reações foram ambientadas por uma retração na partilha de afetos e de ritualização simbólica, agregando ao espaço subjetivo de indeterminação diante da perda, que é inerente ao luto, uma vulnerabilidade à dor e propensão ao desalento (Birman, 2021). A revolta com a violência de Estado sofrida pela pandemia também atravessou em muitos casos o luto dos familiares.

Os enlutados tiveram de conviver também com a solidão de seus entes moribundos nos hospitais (e nos demais serviços da rede de atenção à saúde) e com seu próprio luto. O “abandono” foi um outro significante que circulou no discurso de enlutados, de modo explícito ou em latência, em uma dupla via: a de abandonar os seus entes hospitalizados à própria sorte em sua solidão, na angústia, na luta pela vida, como apresentado anteriormente, e, ao mesmo tempo, a de lidar com o sentimento de ter sido abandonado por esse ente pelo caráter disruptivo da perda naquele contexto.

A culpa comumente encontrada na narrativa de enlutados remete ao que de inconsciente a perda revela em um trabalho de luto. A escuta clínica dos sujeitos acompanhados na atividade de extensão nos mostrou, em alguns casos, um incremento de culpabilidade e ruminação constante que esses sujeitos se autoimpuseram e que incidiram sobre as circunstâncias que interditaram a possibilidade de cuidar e de se despedir. A vala comum, o corpo despido no saco preto sem direito aos seus últimos adornos, o caixão lacrado, tudo isso fez equivaler o ente perdido a um dejetivo, profanado, anônimo, indiferenciado na série de corpos. Essa equivalência esteve associada no discurso desses familiares a um sentimento de fracasso na função primordial de enterrar seus mortos como último gesto de cuidado.

Há sujeitos cujo luto remete a outras experiências prévias ou mesmo próximas de luto, indicando uma espécie de correia de transmissão da dor que parecia haver se instalado permanentemente em suas vidas. O que tem importância clínica na reedição da dor associada às perdas é que, por vezes, ela se materializa de forma deslocada. Reconhecer, no discurso do enlutado, as enunciações latentes ou deslocadas em torno de uma determinada questão pode permitir que lutos invisibilizados tenham lugar e que remanejamentos de afetos encontrem a ancoragem simbólica a ela atinente.

No caso de alguns enlutados por Covid-19, reedições do luto se fizeram simultaneamente ou em um intervalo de tempo muito curto para permitir a elaboração e a singularização possível do enfrentamento psíquico das perdas. Além disso, muitos padeceram da dissolução de uma já escassa rede de apoio. Em especial, na escuta clínica ofertada, a orfandade de crianças e adolescentes trouxe exigências muito significativas para o provimento de cuidado, agravadas por um cenário sociopolítico de retração de direitos por parte do Estado. Luto, desamparo e sentimento de abandono coexistiam na experiência desses sujeitos.

Uma outra figura que aparece no discurso de alguns enlutados é o que se poderia chamar de status de desaparecido. Mortes invisibilizadas, carentes do estofo necessário a uma sepultura simbólica (Fédida, 2009) e, antes dela, uma sepultura imaginária. A desapareição se situa psiquicamente entre o impossível de denegar da morte e o seu não-lugar, particularmente, em um cenário necropolítico (Mbembe, 2017) como foi o contexto brasileiro da pandemia de covid-19 no período que serviu de referência para este artigo e explorado mais detalhadamente em outro lugar por Oliveira (2023).

O luto por Covid-19 também traz em si processos singulares, marcados por intenso sofrimento psíquico, ambivalência afetiva e dificuldades iniciais de aceitação da perda, sem que isso implique, necessariamente, um quadro patológico. Projetos de vida

interrompidos, sentimento de culpa pela sobrevivência e a impossibilidade de despedida se configuraram como importantes fatores dificultadores do luto. Por outro lado, a presença de redes de apoio, recursos psicológicos e espaços de escuta favoreceram a ressignificação da perda e a reorganização da vida após a morte do ente querido (Souza & Lukachaki, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vidas ceifadas pela Covid-19, seja pelo evento biológico, seja pelo seu agenciamento político no Brasil, foram real e metaforicamente lançados na vala comum, que destituiu a singularidade de cada vida. É preciso reconhecer que a retirada da família da instituição hospitalar e do contexto de morte foi uma saída programática adotada diante da gravíssima crise sanitária para evitar a propagação da Covid-19, em meio a grandes incertezas médicas e epidemiológicas. Contudo, essa decisão no cenário pandêmico de morte e de morrer gerou grande passivo em termos da relação entre oferta/demanda na atenção à saúde mental e, no tocante ao interesse deste trabalho, ao cuidado com familiares enlutados, que tiveram que elaborar suas perdas sem a possibilidade de acompanhar os cuidados de fim de vida, sem despedidas, rituais fúnebres e sob distanciamento social que dificultou o acesso a suporte psicossocial.

Destacamos a importância de preservação e fortalecimento de uma política pública de saúde sustentada como dever do Estado, sem a qual a devastação ocasionada pela pandemia teria sido de proporções ainda maiores. No particular do luto, devem ser estimuladas ações transversais e espaços institucionais de escuta, acolhimento e tratamento de familiares assistidos por diferentes tecnologias de cuidado e que produzam enfrentamento crítico e propositivo à medicalização e farmacologização excessivas e indiscriminadas. Finalmente, preconiza-se que a sustentação de uma clínica do sujeito, integrando cuidado singularizado e ampliado, pode favorecer que o trabalho de luto produza seus trilhamentos e não condene enlutados à condição de mortos-vivos anestesiados pela farmacologização massiva da vida cotidiana.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: CO, MV, JM; **coleta de dados:** MV, CO, JM; **análise dos dados:** CO, MV, JM; **redação do manuscrito:** CO, MV, JM; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** CO, MV, JM.

REFERÊNCIAS

- Allouch, J. (2004). *Erótica do luto no tempo da morte seca*. Cia de Freud. (Trabalho original publicado em 1995).
- Almendra, F. S. R., Santos, T. C., Moreira, M. I. R., & Castro, M. G. S. R. (2020). *Psicanálise aplicada ao contexto hospitalar: Intervenções em tempo de pandemia da covid-19*. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(29), 92–102. Recuperado em 05 de março de 2026, de http://www.isepol.com/asephallus/numero_29/index.html.
- Azevedo, E. (2019). *Da pressa a urgência do sujeito: psicanálise e urgência subjetiva no hospital geral*. Appris.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.

- Birman, J. (2021). *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas* (3a ed.). Civilização Brasileira.
- Broering, C. V., & Santa Maria, C. (2023). A atuação da psicologia no contexto hospitalar em tempos de pandemia: possibilidades e limitações. *Psicologia e Saúde em Debate*, 9(2), 564–576. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A33>.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Butler, J. (2015). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Civilização Brasileira.
- Centro de Pesquisas de Direito Sanitário. (2021). *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19*.
- Costa, M. M. T., & Pontes, S. A. (2025). Intervenções psi em hospital durante a pandemia de covid-19: uma revisão de literatura. *Revista Subjetividades*, 25(1), 1–13. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v25i1.e14796>.
- Dunker, C. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In M. Karmers, H. H. Marcon, M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 65-88). Escuta.
- Dunker, C. (2023). *Lutos finitos e infinitos*. Planeta.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1982).
- Fédida, P. (2009). *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (2011). *Luto e melancolia*. Cosac Naify. (Trabalho original publicado em 1915-1917).
- Freud, S. (2021). *Fundamentos da clínica psicanalítica* (Obras incompletas, 2a.ed., 4a reimp., Caminhos da terapia psicanalítica, pp. 191-204). Autêntica. (Originalmente publicado em 1919).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário* (Lv. 10, A angústia, pp. 156-187). Jorge Zahar Editor. (Original publicado em 1962-1963).
- Leader, D. (2011). *Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia*. BestSeller.
- Mbembe, A. (2017). *Políticas da inimizade*. Antígona.
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Ministério da Saúde (BR). (2007). *HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante* (2a ed.).
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Oliveira, C. (2017). Luto, subjetivações e biopolítica contemporânea. In C. Oliveira, R. Muller, *Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade* (pp. 99-119). Contracapa.
- Oliveira, C. (2023). Morte, luto e necropolítica em um Brasil distópico. In M. Pisani (Org.), *Fantasia* (pp. 204-213). Campo Psicanalítico.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and covid-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.
- Pereira, J. F. S., Oliveira, P. S., Lamy Filho, F., Alves, M. T. S. S. B., Carvalho, R. H. S. B. F., & Santos, B. B. (2023). Para além do imaginável: experiências vividas por profissionais de saúde em UTI durante a pandemia da covid-19. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33, e33063. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333063>.
- Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. (2019). *Estratégias para segurança e qualificação do cuidado do paciente crítico, visita ampliada e continuidade do cuidado pós-alta hospitalar*. Recuperado em 23 de setembro de 2021, de <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/79/uti-visitas>.
- Rosa, R. G., Falavigna, M., Silva, D. B., Sganzerla, D., Santos, M. M. S., Kochhann, R., Moura, R. M., Eugênio, C. S., Haack, T. D. S. R., Barbosa, M. G., Robinson, C. C., Schneider, D., Oliveira, D. M., Jeffman, R. W., Cavalcanti, A. B., Machado, F. R., Azevedo, L. C. P., Salluh, J. I. F., Pellegrini, J. A. S., . . . ICU Visits Study Group Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network. (2019). Effect of flexible family visitation on delirium among

patients in the intensive care unit: the ICU visits randomized clinical trial. *JAMA*, 322(3), 216–228. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8766>.

Souza, K. A. O., Pinto Junior, E. P., Barros, R. D., Lima, A. M. P., Silva, N. O., Beltrán, L. Y. O., & Souza, L. E. P. F. (2020). O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In M. Barral-Netto, M. L. Barreto, E. P. Pinto Junior & E. Aragão (Orgs.), *Construção de conhecimento no curso da pandemia de covid-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais* (Vol. 2). Edufba. <https://doi.org/10.9771/9786556300757.019>.

Souza, N. G., & Lukachaki, K. R. S. (2025). O processo de luto no contexto da pandemia de covid-19: vivências de familiares enlutados. *Revista da SBPH*, 28, e021. <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.2025.v28.592>.

Ventura, T. S., Aires, S., & Silva, R. S. (2025). Real, clínica psicanalítica e cirurgia cardíaca no contexto pandêmico da covid-19. *Psicologia em Estudo*, 30, e60296. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v30i0.60296>.

World Health Organization. (2020). *Covid-19: strategy update*. Recuperado em 06 de abril de 2026, de <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update---14-april-2020>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Layla Raquel Silva Gomes

Editor assistente: Monica Marchese Swinerd

Editor associado: Wilian Donnangelo Fender

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
