



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

MARCELA LOBÃO DE OLIVEIRA

**EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA
SAÚDE:
desafios e aprendizagens para o cuidado em situações de crise**

SÃO LUÍS - MA
JULHO – 2026

MARCELA LOBÃO DE OLIVEIRA

**EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA
SAÚDE: desafios e aprendizagens para o cuidado em situações de crise**

Tese de doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Zeni Carvalho Lamy

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

SÃO LUÍS – MA

JULHO – 2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira, Marcela Lobão.

EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES
DA SAÚDE : desafios e aprendizagens para o cuidado em
situações de crise / Marcela Lobão Oliveira. - 2026.
152 p.

Coorientador(a) 1: Ruth Helena de Souza Britto Ferreira
de Carvalho.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
2026.

1. Covid-19. 2. Experiência. 3. Pesquisa
Qualitativa. 4. Itinerário Terapêutico. 5. Sofrimento.
I. de Carvalho, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira. II.
Lamy, Zeni Carvalho. III. Título.

**EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA
SAÚDE: desafios e aprendizagens para o cuidado em situações de crise**

MARCELA LOBÃO DE OLIVEIRA

Tese aprovada em _____ de _____ de _____

Banca Examinadora

Profª Drª Zeni Carvalho Lamy (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho (Coorientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Cristina Maria Douat Loyola
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Atenção à Saúde
Universidade CEUMA

Prof Dr João de Deus Cabral Junior
Coordenação do Curso de Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Paola Trindade Garcia
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

*Ao meu companheiro de vida, Lúcio
Henrique Costa Macedo que me deixou
na jornada final deste Doutorado.
Amo você eternamente.
Até o nosso próximo encontro.*

AGRADECIMENTOS

Ao divino, pelo dom da vida, pelo cuidado e amor eterno e incondicional nesta trajetória em que vários desafios estiveram presentes.

À **minha família**, em especial a minha filha **Emanuelle Gomes**, meu esposo **Lúcio Henrique Costa Macedo** (*In memoriam*), pela motivação e inspiração e meus pais **João Alberto** e **Graça** pelo cuidado, carinho e paciência oferecidos a mim no decorrer deste doutorado. Ao meu irmão **Fabício Alberto** e minha prima **Adriana Maciel**, que estiveram presentes nos momentos mais difíceis desta tese.

À minha querida orientadora, professora **Zeni Lamy**, pelos ensinamentos, confiança, apoio, incentivo, na condução desta orientação. Trabalhamos juntas entre 2001 e 2002 e o nosso reencontro no doutorado fez eu admirá-la mais ainda. A senhora mostrou a garra de uma mulher, mãe, profissional, esposa e pesquisadora.

À minha coorientadora, professora **Ruth Britto**, que com seu jeito firme e acolhedor me desafiou a olhar para a humanidade em sua completude social. Nos momentos mais difíceis segurou nas minhas mãos e disse, chore e continue, você consegue. Uma carioca que se tornou uma maranhense admirável, trazendo a luta a favor da mulher e da pesquisa social.

A todos os participantes do GESS, que me ajudaram em cada etapa de desenvolvimento deste estudo, sem os quais todo este trabalho teria sido impossível. Agradeço imensamente pelo empenho desta equipe de pesquisa. Em especial a Poliana, Leidy, Rodrigo Natan, Laura, Vanessa, Kellen e Liliana.

Aos meus colegas da turma 2021-2026 pelos ensinamentos compartilhados e pela força e incentivo. Admiro cada um de vocês.

Às minhas amigas **Ana Flavia Da Hora**, **Ana Flávia Carvalho**, **Kaline Azevedo**, **Talita Furtado** e **Juliana Salgueiro** pela atenção e incentivo em cada etapa vivida nessa trajetória. Vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Aos professores e colaboradores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela qualidade, organização e compromisso. Obrigada pela oportunidade de crescimento, saberes compartilhados e incentivos ao aperfeiçoamento profissional ao longo desta caminhada.

Às professoras **Cristina Loyola** e **Teresa Seabra** que contribuíram brilhantemente desde a qualificação desta tese.

Gratidão aos professores **João de Deus Cabral Júnior** e **Paola Trindade**, por aceitarem o convite de fazer parte da banca examinadora.

À **Universidade Federal do Maranhão (UFMA)** pela oportunidade de formação.

Em especial, aos **pacientes, familiares e trabalhadores da saúde** que se disponibilizaram a participar do estudo, falando de um momento de crise, suas experiências de sofrimento e do compartilhamento de suas histórias, emoções e lembranças de um momento doloroso para todos nós, a pandemia de covid-19. Minha eterna gratidão em especial aos pacientes e familiares de Manaus que confirmaram o quanto o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona e garantiu a continuidade de suas vidas com a transferência para São Luís.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p.
Figura 1 Fluxograma dos participantes do estudo. São Luís, Brasil, 2024.....	65
Quadro 1 Características sociodemográficas dos pacientes e familiares entrevistados. São Luís, Maranhão, Brasil. 2024.....	67
Quadro 2 Características dos trabalhadores da saúde do HU-UFMA durante pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2024.....	86
Quadro 3 Categorias e resultados discutidos.....	87
Quadro 4 Características sociodemográficas gerais dos pacientes de Manaus transferidos para São Luís durante a pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2021.....	127
Quadro 5 Características de internação dos pacientes de Manaus transferidos ao São Luís durante a pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2022.....	128
Quadro 6 Características sociodemográficas gerais dos trabalhadores da saúde do HU-UFMA durante a pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2021.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- COE:** Comitê de Operações de Emergência
- COVID:** *Coronavirus Disease*
- EBSERH:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- FAB:** Força Aérea Brasileira
- HU-UFMA:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde
- PL:** Projeto de Lei
- PPGSC:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- SARS:** *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave)
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UFMA:** Universidade Federal do Maranhão
- UPA:** Unidade de Pronto Atendimento
- UTI:** Unidade de Terapia Intensiva
- WHO:** World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

OLIVEIRA, Marcela Lobão de, 2026. EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA SAÚDE: desafios e aprendizagens para o cuidado em situações de crise. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 152p.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A pandemia de covid-19 produziu transformações sociais, econômicas, culturais e políticas, exigindo rápidas adaptações institucionais e modificando comportamentos, relações sociais e formas de cuidado. Seus efeitos repercutiram de maneira desigual nos diferentes países, regiões e territórios, evidenciando vulnerabilidades estruturais e distintas capacidades de resposta à crise sanitária. No Brasil, Manaus, vivenciou o colapso do sistema de saúde, marcado pela insuficiência de leitos hospitalares, escassez de profissionais e falta de insumos essenciais, como oxigênio, o que levou a um Plano de Cooperação entre estados da federação para viabilizar a transferência de pacientes de Manaus para outros estados, com o objetivo de possibilitar a assistência de pacientes internados. **OBJETIVO:** Analisar as experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde na busca por cuidados no contexto da pandemia de covid-19. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa, fundamentada na fenomenologia hermenêutica e centrada nas experiências de adoecimento, sofrimento e itinerário terapêutico. Realizado entre março de 2022 e julho de 2023 com pacientes procedentes de Manaus que haviam sido internados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, seus familiares e trabalhadores da saúde responsáveis pela assistência em São Luís. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas na plataforma Google Meet, após o preenchimento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do questionário sociodemográfico. Participaram 26 trabalhadores da saúde, 12 pacientes e 10 familiares. Os relatos foram submetidos à análise de conteúdo, na modalidade temática. **RESULTADOS:** Apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro “Percursos e Percalços na Itinerância por Cuidados em Saúde na Pandemia de Covid-19: Manaus como caso emblemático”, analisou as perspectivas de pacientes e familiares acerca dos itinerários terapêuticos e das experiências de adoecimento em contexto de colapso sanitário. A partir da percepção dos primeiros sinais de adoecimento foram mobilizadas diferentes estratégias de busca por cuidado. O acesso aos serviços de saúde em Manaus foi marcado pelo medo da contaminação, insegurança e percepção das unidades de saúde como um “campo de guerra”. A transferência para São Luís foi compreendida como estratégia de sobrevivência e o acolhimento e tratamento recebidos despertaram gratidão. O retorno para Manaus foi atravessado por sentimentos ambivalentes – alívio, medo e incerteza, elucidando que a itinerância durante a pandemia foi marcada por tensões e deslocamentos produzidos nas relações entre sujeitos, emoções, contextos sociais e decisões políticas em meio a uma crise sanitária global. O segundo artigo, “Experiências de Morte e Rupturas na Pandemia de Covid-19: Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana”, analisou os sentidos atribuídos às rupturas e ao sofrimento decorrentes das experiências de morte vivenciadas por pacientes, familiares e trabalhadores da saúde durante a pandemia. A gestão social da morte e dos rituais fúnebres foram reconfigurados produzindo impactos duradouros sobre os modos de viver o luto. A pandemia foi compreendida como um evento disruptivo cujos efeitos persistem de forma latente nos corpos, nos discursos e nos silêncios daqueles que a vivenciaram, agravados pela invisibilização das perdas e pela insuficiência de políticas reparatórias voltadas ao cuidado e à memória coletiva. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pandemia de covid-19 transformou as experiências individuais e coletivas de adoecimento, cuidado e morte. As restrições impostas para o controle da disseminação do vírus produziram rupturas no cotidiano, intensificando experiências de sofrimento, insegurança e vulnerabilidade. O colapso sanitário extrapolou a dimensão biomédica, afetando relações sociais, práticas de cuidado e formas de elaboração do luto. A distância temporal entre o encerramento da emergência sanitária e a consolidação de acordos internacionais voltados à preparação para futuras crises revela limites da cooperação multilateral em defesa da vida e dos direitos humanos. Ao mesmo tempo, a naturalização e o silenciamento das experiências vividas contribuem para a deslegitimação do sofrimento daqueles que estiveram expostos à precarização dos sistemas de cuidado e proteção social durante a pandemia.

Palavras-chaves: covid-19; experiência; pesquisa qualitativa; itinerário terapêutico; sofrimento.

OLIVEIRA, Marcela Lobão de, 2026. EXPERIENCES OF PATIENTS, FAMILY MEMBERS, AND HEALTHCARE WORKERS: challenges and lessons learned for care in crisis situations. Dissertation (Doctorate in Collective Health) – Graduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 152 p.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic produced profound social, economic, cultural, and political transformations, demanding rapid institutional adaptations and modifying behaviors, social relations, and forms of care. Its effects were felt unevenly in different countries, regions, and territories, highlighting structural vulnerabilities and distinct capacities to respond to the health crisis. In Brazil, Manaus experienced the collapse of its health system, marked by insufficient hospital beds, a shortage of professionals, and a lack of essential supplies such as oxygen, which led to a Cooperation Plan between states of the federation to enable the transfer of patients from Manaus to other states, with the goal of making it possible to assist hospitalized patients. **OBJECTIVE:** To analyze the experiences of patients, family members, and healthcare workers in seeking care in the context of the COVID-19 pandemic. **METHODOLOGY:** Qualitative research, grounded in hermeneutic phenomenology focused on experiences of illness, suffering, and therapeutic journey. Conducted between March 2022 and July 2023 with patients from Manaus who had been hospitalized at the University Hospital of the Federal University of Maranhão, their families, and healthcare workers responsible for their care in São Luís. Semi-structured interviews were conducted on the Google Meet platform, after the completion of the Free and Informed Consent Form (FICF) and sociodemographic questionnaire. Participants included 26 healthcare workers, 12 patients, and 10 family members. The reports were submitted to content analysis. **RESULTS:** Presented in the form of two scientific articles. The first, “Paths and Obstacles in the Journey for Healthcare During the Covid-19 Pandemic: Manaus as an emblematic case,” analyzed the perspectives of patients and their families regarding therapeutic itineraries and experiences of illness in the context of a health collapse. Different strategies for seeking care were mobilized from the perception of the first signs of illness. Access to health services in Manaus was marked by fear of contamination, insecurity, and the perception of health units as a “war zone.” Transfer to São Luís was understood as a survival strategy, and the reception and treatment received aroused gratitude. The return to Manaus was marked by ambivalent feelings – relief, fear, and uncertainty – highlighting that the journey during the pandemic was marked by tensions and displacements produced in the relationships between subjects, emotions, social contexts, and political decisions amidst a global health crisis. The second article, “Experiences of Death and Disruptions in the Covid-19 Pandemic: Reconfigurations of care, grief, and daily life,” analyzed the meanings attributed to the disruptions and suffering resulting from the experiences of death lived by patients, family members, and healthcare workers during the pandemic. The social management of death and funeral rites was reconfigured, producing lasting impacts on the ways of experiencing grief. The pandemic was understood as a disruptive event whose effects persist latently in the bodies, discourses, and silences of those who experienced it, aggravated by the invisibility of losses and the insufficiency of reparative policies focused on care and collective memory. **FINAL CONSIDERATIONS:** The COVID-19 pandemic profoundly transformed individual and collective experiences of illness, care, and death. The restrictions imposed to control the spread of the virus produced disruptions in daily life, intensifying experiences of suffering, insecurity, and vulnerability. The health collapse went beyond the biomedical dimension, affecting social relations, care practices, and ways of processing grief. The temporal distance between the end of the health emergency and the consolidation of international agreements aimed at preparing for future crises reveals the limits of multilateral cooperation in defense of life and human rights. At the same time, the naturalization and silencing of lived experiences contribute to the delegitimization of the suffering of those who were exposed to the precariousness of care and social protection systems during the pandemic.

Keywords: covid-19; experience; qualitative research; therapeutic itinerary; suffering.

SUMÁRIO

	p.
APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 PRESSUPOSTOS E QUESTÕES DO ESTUDO.....	22
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo Geral.....	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 Crises sanitárias: controle das doenças e gestão da vida.....	25
4.1.1 <i>Crises sanitárias ao longo da história: permanências e transformações.....</i>	<i>25</i>
4.1.2 <i>O hospital moderno como espaço de vigilância e cuidado.....</i>	<i>28</i>
4.1.3 <i>Transição epidemiológica e individualização do adoecimento.....</i>	<i>29</i>
4.1.4 <i>Pandemia de covid-19 no Brasil: vulnerabilidades, desigualdades, disputas em torno do cuidado.....</i>	<i>32</i>
4.1.5 <i>Colapso assistencial em Manaus e a Operação Vida.....</i>	<i>34</i>
4.1.6 <i>Acordos Internacionais para emergências sanitárias futuras.....</i>	<i>37</i>
4.2 Adoecimento, produção do cuidado e itinerários terapêuticos.....	39
4.2.1 <i>Doença e representações sociais.....</i>	<i>39</i>
4.2.2 <i>Produção do cuidado em saúde.....</i>	<i>43</i>
4.2.3 <i>Itinerários terapêuticos e busca por cuidados.....</i>	<i>46</i>
4.3 Experiências, emoções e reconstruções das experiências.....	49
4.3.1 <i>Experiências de adoecimento.....</i>	<i>49</i>
4.3.2 <i>Sofrimento, emoções e o silêncio como modo de seguir em frente.....</i>	<i>51</i>
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	55
5.1 Tipo de Estudo.....	54
5.2 Local de Estudo.....	55
5.3 Participantes do estudo e amostra.....	55
5.4 Técnicas e instrumentos para a coleta de dados.....	57
5.5 Passos para a coleta de dados.....	58
5.6 Análise de dados.....	58
5.7 Aspectos éticos	59

6	RESULTADOS	60
6.1	Artigo 1 - PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19.....	60
6.2	Artigo 2 - EXPERIÊNCIAS DE MORTE E RUPTURAS NA PANDEMIA DE COVID-19: Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana.....	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICE A1 - Questionário sociodemográfico para trabalhadores da saúde.....	118
	APÊNDICE A2 - Roteiro de entrevista para trabalhadores da saúde.....	120
	APÊNDICE B1 - Questionário sociodemográfico para pacientes.....	121
	APÊNDICE B2 - Roteiro de entrevista para pacientes.....	123
	APÊNDICE C - Roteiro entrevista semiestruturada com familiares/responsáveis indicados pelos pacientes entrevistados.....	124
	APÊNDICES D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125
	APÊNDICE E - Quadros com dados sociodemográficos dos entrevistados.....	127
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do comitê de ética para o projeto guarda-chuva.....	131
	ANEXO B - Carta de aceite e pré print do artigo 1.....	139
	ANEXO C - Operação Vida.....	141

APRESENTAÇÃO

Esta tese integra o projeto de pesquisa intitulado “*A Pandemia de Covid-19 na Perspectiva de Pacientes Internados no Hospital Universitário, Familiares e Profissionais de Saúde*”. Trata-se de um projeto guarda-chuva vinculado ao Grupo de Estudos sobre Saúde e Subjetividade (GESS), cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, desenvolvido com a participação de pesquisadores, estudantes de pós-graduação e graduação.

A pandemia de covid-19 atravessou a vida social, os modos de cuidar, os vínculos afetivos e as experiências de adoecimento e morte. Ao mesmo tempo em que constituiu um acontecimento coletivo de enormes proporções, produziu marcas singulares nas trajetórias individuais, familiares e profissionais. Esta pesquisa também emerge desse entrelaçamento entre experiência vivida, inquietação intelectual e compromisso ético com a compreensão do sofrimento humano em contextos de crise sanitária.

No plano pessoal, fui atravessada por perdas de pessoas próximas, familiares e colegas de trabalho. Entre elas, a morte de uma prima durante a primeira onda da pandemia constituiu importante mobilizador desta investigação. Embora estivesse em férias em São Luís, ela residia em Aracaju, no estado de Sergipe, e não conseguiu retornar à sua cidade. Sua morte ocorreu distante de sua rede habitual de apoio, em um contexto marcado pelo medo, pelo isolamento e pelas severas restrições sanitárias então vigentes. Não foi possível realizar velório, acompanhar o enterro ou compartilhar coletivamente os rituais de despedida. A interrupção abrupta desses processos deixou marcas profundas em familiares e amigos, cujos efeitos permanecem ainda hoje, mesmo anos após a pandemia.

Ao final desta tese, já no contexto de controle sanitário da covid-19, vivenciei outra experiência intensamente marcada pelos itinerários terapêuticos e pelas fronteiras entre cuidado, sofrimento e morte. Após sofrer um infarto, meu marido precisou ser transferido para Fortaleza por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), na tentativa de realização de um transplante cardíaco. Embora não tenha resistido, falecendo no início de 2026, essa trajetória me permitiu acompanhá-lo de perto, compartilhar o processo de adoecimento e experienciar um luto antecipatório permeado pela possibilidade da presença, da despedida e do cuidado.

Ao revisitar essa experiência à luz das narrativas analisadas nesta tese, tornou-se ainda perceptível as repercussões produzidas, durante a pandemia, pela impossibilidade do acompanhamento, do toque, dos rituais de despedida e da elaboração compartilhada do luto. Diferentemente de muitas famílias entrevistadas nesta pesquisa, que viveram perdas

atravessadas pelo isolamento e pela ruptura abrupta dos vínculos presenciais, foi possível, nesse segundo contexto, permanecer junto, acompanhar e nos despedirmos.

Assim, esta tese também é atravessada por experiências que me aproximaram dos sujeitos investigados. Mais do que interlocutores de pesquisa, os participantes tornaram-se testemunhas de resistência, sofrimento e continuidade da vida em meio ao colapso sanitário e às perdas produzidas pela pandemia. A eles, fica registrada solidariedade, respeito e admiração.

PRODUTOS DESENVOLVIDOS ATÉ A PRESENTE DATA

EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA SAÚDE:
Desafios e Aprendizagens para o Cuidado em Situação de Crise

Defesa: 24 de junho de 2026.

ARTIGOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS:

Artigo 1 – OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho Lamy; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ERAZO-CHAVEZ, Leidy Janeth; ARISTIZÁBAL, Liliana Yanet Gómez; SILVA, Laura Froes Nunes da; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático. Aceito na **Revista Ciência & Saúde Coletiva, em Pré Print (Qualis A1).**

Artigo 2 - EXPERIÊNCIAS DE MORTE E RUPTURAS NA PANDEMIA DE COVID-19: Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana. Será apresentado na defesa de tese e posteriormente submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública (Qualis A2).

RESUMO PUBLICADOS EM ANAIS DE EVENTOS CIENTÍFICOS

OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. “Aprendizado, portanto, não precisava doer tanto”: narrativas de trabalhadoras da saúde sobre o trabalho e a produção do cuidado na pandemia de covid-19. In: **Anais do 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde - Vol. 2, 2023, Recife. Anais eletrônicos..., Galoá. Disponível em: <https://proceedings.science/cshs-2023/trabalhos/aprendizado-portanto-nao-precisava-doer-tanto-narrativas-de-trabalhadoras-da-sau?lang=pt-br> (**Menção Honrosa**)**

OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. O papel da telecomunicação entre pacientes internados e familiares durante a pandemia de covid-19. In: **Anais do I Congresso de Saúde Coletiva do Maranhão e III Mostra Científica SES-MA. São Luís (MA) SES-MA / ESPMA, 2023. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/IIImostracientifica/760566-o-papel-da-telecomunicacao-entre-pacientes-internados-e-familiares-durante-a-pandemia-de-covid-19>**

OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Avaliação do serviço de saúde ofertado por São Luís aos pacientes com covid-19 transferidos de Manaus. In: **Anais do I Congresso de Saúde**

Coletiva do Maranhão e III Mostra Científica SES-MA. São Luís (MA) SES-MA / ESPMA, 2023. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/IIImostracientifica/760474-Avaliacao-do-servico-de-saude-ofertado-por-Sao-Luis-aos-pacientes-com-covid-19-transferidos-de-Manaus>.

OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; OLIVEIRA, Poliana Soares de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; SILVA, Laura Froes Nunes da; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Experiências de pacientes e seus familiares durante a busca por cuidados frente ao colapso do sistema de saúde de Manaus. In: **Anais do 14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2025, Brasília. Anais eletrônicos..., Galoá, 2025. Disponível em: <https://proceedings.science/cbsc/abrascao-2025/trabalhos/experiencias-de-pacientes-e-seus-familiares-durante-a-busca-por-cuidados-frente?lang=pt-br>

ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; OLIVEIRA, Poliana Soares de; RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; **OLIVEIRA, Marcela Lobão de;** LAMY, Zeni Carvalho. Além do vírus: o sofrimento do trabalhador da saúde em tempos de crise sanitária. In: **Anais do 14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2025, Brasília. Anais eletrônicos..., Galoá, 2025. Disponível em: <https://proceedings.science/cbsc/abrascao-2025/trabalhos/alem-do-virus-o-sofrimento-do-trabalhador-da-saude-em-tempos-de-crise-sanitaria?lang=pt-br>

OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; OLIVEIRA, Poliana Soares de; LUZ, Kellen de Jesus Farias da; SILVEIRA, Vanessa Costa; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. "Tantas mortes, a cada segundo, a cada momento": experiências de sofrimento de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde diante das mortes na pandemia de covid-19. In: **Anais do 14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2025, Brasília. Anais eletrônicos..., Galoá, 2025. Disponível em: <https://proceedings.science/cbsc/abrascao-2025/trabalhos/tantas-mortes-a-cada-segundo-a-cada-momento-experiencias-de-sofrimento-de-pacie?lang=pt-br>.

TRABALHOS APRESENTADO EM EVENTOS CIENTÍFICO

9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Recife, 2023:

Trabalho 1: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Aprendizado, portanto, não precisava doer tanto: narrativas de trabalhadoras da saúde sobre o trabalho e a produção do cuidado na pandemia de covid-19. Modalidade: Apresentação oral (**Menção Honrosa**)

1º Congresso de Saúde Coletiva do Maranhão & III Mostra Científica da SES-MA. São Luís, 2023:

Trabalho 1: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. O papel da telecomunicação entre pacientes internados e familiares durante a pandemia de covid-19. Modalidade: Apresentação Oral.

Trabalho 2: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Avaliação do serviço de saúde ofertado

por São Luís aos pacientes com covid-19 transferidos de Manaus. Modalidade: Apresentação Oral.

2º Congresso de Saúde Coletiva do Estado do Maranhão & 4ª Mostra Científica da SES/MA. São Luís, 2024:

Trabalho 1: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Gestão Hospitalar e as relações profissionais em tempos de pandemia. Modalidade: Pôster Eletrônico.

Trabalho 2: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; OLIVEIRA, Poliana Soares de; ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; SILVA, Laura Froes Nunes da; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Em face da dor e da morte na atenção hospitalar: experiências de trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19. Modalidade: Apresentação Oral.

14º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília, 2025:

Trabalho 1: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; OLIVEIRA, Poliana Soares de; LUZ, Kellen de Jesus Farias da; SILVEIRA, Vanessa Costa; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Tantas mortes, a cada segundo, a cada momento: experiências de sofrimento de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde diante das mortes na pandemia de covid-19. Modalidade: Pôster Eletrônico.

Trabalho 2: ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; OLIVEIRA, Poliana Soares de; RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; CHAVEZ, Leidy Janeth Erazo; **OLIVEIRA, Marcela Lobão de;** LAMY, Zeni Carvalho. Crise sanitária: sofrimento vivenciado por trabalhadores da saúde. Modalidade: Pôster Eletrônico.

Trabalho 3: OLIVEIRA, Marcela Lobão de; LAMY, Zeni Carvalho; OLIVEIRA, Poliana Soares de; LUZ, Kellen de Jesus Farias da; SILVEIRA, Vanessa Costa; CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. Experiências de pacientes e seus familiares durante a busca por cuidados frente ao colapso do sistema de saúde de Manaus. Modalidade: Apresentação Oral.

OUTROS PRODUTOS VINCULADOS AO PROJETO DE PESQUISA “A PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PACIENTE INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE” E NA INTERFACE COM ESTA PESQUISA

Artigo 3 - ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; LAMY, Zeni Carvalho; **OLIVEIRA, Marcela Lobão de;** ERAZO-CHAVEZ, Leidy Janeth; OLIVEIRA, Poliana Soares de. PSICODINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE: Sofrimento e resistência em contexto prolongado de crise. Psicologia e Saúde em debate, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 1083–1108, 2025. DOI: 10.22289/2446-922X.V11A2A62. Disponível em: <https://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1446>.

INICIAÇÃO CIENTÍFICA

PIBIC/FAPEMA cota 2023-2024: Diante da dor e da morte: experiências de profissionais da atenção hospitalar na pandemia de covid-19.

Bolsista: Vanessa Costa Silveira.

PIBIC Voluntário cota 2023-2024: Hospitalização por covid-19: perspectiva de pacientes

transferidos da cidade de Manaus para São Luís.

Bolsista: Layanne Silva Oliveira.

PIBIC CNPQ cota 2023-2024: Mudanças no processo de trabalho durante a pandemia de covid-19: perspectivas de profissionais da atenção hospitalar.

Bolsista: Luiza de Katulica Rodrigues Oliveira.

PIBIC/FAPEMA cota 2024-2025: Gestão hospitalar e as relações profissionais em tempos de pandemia.

Bolsista: Laura Froes Nunes da Silva.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, as crises sanitárias constituem acontecimentos recorrentes que atravessam a experiência humana, evidenciando não apenas a disseminação de doenças, mas também mudanças nas formas de organização social e política, pelas quais as sociedades organizam a vida, o cuidado e a gestão da morte. Epidemias como a peste negra, no século XIV, e a varíola, que durante séculos produziu impactos globais, demonstram que as crises em saúde ultrapassam o campo biológico, sendo atravessadas por relações de poder, dinâmicas sociais, instituições e práticas de cuidado (Werneck; Carvalho, 2020).

Nesse horizonte histórico insere-se, no século XXI, a pandemia de covid-19, que reacendeu, em escala global, tensões relacionadas às desigualdades sociais, à capacidade de resposta dos sistemas de saúde e às disputas em torno da proteção da vida e da organização do cuidado (Freitas; Napimoga; Donalisio, 2021).

O coronavírus SARS-CoV-2, agente etiológico da covid-19, atingiu praticamente todos os 194 países-membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) que em apenas alguns meses decretava emergência global. Em razão da dimensão mundial e da alta transmissibilidade a OMS declarou a pandemia em 11 de março de 2020 (OMS, 2020; Swain *et al.*, 2024). No Brasil, o primeiro caso oficial de covid-19 ocorreu em 26 de março de 2020 (Brasil, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi estabelecido pela Constituição Brasileira para garantir o direito à saúde a todos os cidadãos. Durante a pandemia, as vinte e sete unidades federativas brasileiras revelaram diferenças na capacidade de resposta, elucidando desigualdades pré-existentes, quanto à oferta de serviços e recursos (Fundação Oswaldo Cruz, 2022; Medeiros, 2021).

A pandemia de covid-19 no Brasil pode ser compreendida, a partir de três “ondas” epidemiológicas, que explicitaram não apenas a dinâmica biológica, mas também as condições políticas, sociais e institucionais que favoreceram a sua disseminação. A primeira onda, iniciada em março e que durou até meados de outubro, caracterizou-se pela rápida disseminação do vírus, risco de colapso dos sistemas de saúde em grandes centros urbanos e adoção de medidas não farmacológicas, ainda que de forma desigual entre estados e municípios. Esse período evidenciou tensões entre diferentes esferas de governo e uma gestão fragmentada da crise sanitária (ABRASCO, 2022; Werneck; Carvalho, 2020).

A segunda onda, entre novembro de 2020 e o primeiro semestre de 2021, trouxe como marca maior letalidade e pelo colapso significativo do sistema de saúde, especialmente na região Norte, com destaque para a cidade de Manaus. A circulação de novas variantes, como a

Gamma (P.1), associada à flexibilização precoce das medidas de distanciamento social e à falta de coordenação nacional, pelo Ministério da Saúde, contribuíram para o agravamento do cenário de crise (Swain *et al.*, 2025; Moraes, 2021; Freitas; Napimoga; Donalisio, 2021).

Já a terceira onda ocorreu ao longo de 2022 e esteve associada à ampla disseminação da variante Ômicron, caracterizada por elevada transmissibilidade, porém com menor letalidade relativa, especialmente em decorrência do avanço da vacinação (Ranzani *et al.*, 2022). A campanha de vacinação no Brasil teve início em 17 de janeiro de 2021 e, embora tenha começado tardiamente em comparação a outros países, mostrou-se fundamental para a redução dos casos graves e dos óbitos, evidenciando a importância das políticas públicas de saúde, da produção científica e da capacidade de resposta do SUS no enfrentamento da pandemia (Swain *et al.*, 2025; Ranzani *et al.*, 2022). Até o início da vacinação, o país contabilizava 209.868 mortes por covid-19 (Brasil, 2021).

Paradoxalmente, enquanto a vacinação avançava como principal estratégia de enfrentamento da pandemia, a condução da política sanitária nacional foi impactada por instabilidades no comando do Ministério da Saúde, com sucessivas trocas de ministros e disputas em torno da adoção de medidas baseadas em evidências científicas. Um dos pontos centrais de controvérsia foi o uso de medicamentos sem comprovação científica, em termos de eficácia contra o SARS-CoV-2, frequentemente reunidos sob a denominação de "*kit covid*", incluindo cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina (Santos-Pinto *et al.*, 2021).

Tais questões produziram impactos heterogêneos nas diferentes regiões brasileiras, assumindo maior expressão em determinados territórios. No estado do Amazonas, situado na região Norte, as tensões relacionadas à gestão sanitária, às desigualdades sociais e às respostas institucionais à pandemia tornaram-se particularmente evidentes (Ferrante, 2024; Chade, 2025). A região apresenta alguns dos piores indicadores socioeconômicos do país, com renda familiar média reduzida e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior à média nacional (IBGE, 2020). Além disso, segundo o Índice de Desigualdades Sociais para a Covid-19, cerca de 90% dos municípios amazonenses já apresentavam importantes desigualdades sociais em saúde antes da pandemia, quadro especialmente acentuado na capital, Manaus (Fiocruz, 2020, FETEC, 2021).

O agravamento progressivo da situação em Manaus, levou à elaboração do “Plano de Ações Emergenciais Decorrentes do Agravamento dos Casos de Covid-19 no Estado do Amazonas” (Brasil, 2021; Amazonas, 2021), estruturado como estratégia de enfrentamento ao colapso assistencial vivenciado no estado. O plano resultou em um pacto de cooperação entre doze unidades da federação para o recebimento de pacientes com quadros clínicos moderados,

transferidos por via aérea, com o objetivo de possibilitar a reorganização da assistência em Manaus para os casos mais graves. Entre as cidades que receberam pacientes oriundos de Manaus estava São Luís, que disponibilizou leitos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na ala preparada para receber pacientes com covid-19 (Brasil, 2021).

A transferência de pacientes passou a integrar a estratégia de regulação de leitos implementada durante o colapso sanitário em Manaus, produzindo importantes deslocamentos nos modos de organização do cuidado. Mais do que uma medida logística, a circulação de pacientes entre estados implicou rupturas de vínculos familiares, reorganização da assistência e construção de novas relações entre profissionais, pacientes e serviços de saúde.

Nesta tese, o cuidado em saúde é compreendido como processo produtivo que envolve trabalhadores, pacientes e familiares, articulando modos de sentir, interpretar e experienciar necessidades de saúde. A noção de cuidado em saúde proposta por Merhy (2013) permite compreender que o “fazer saúde” não representa apenas a aplicação de procedimentos técnicos, protocolos e condutas padronizadas, em um tratamento de saúde. No cotidiano dos serviços, os modos de produzir cuidado envolvem relações, encontros e vínculos. O fazer/produzir saúde é um processo relacional, construído no encontro entre trabalhadores da saúde, pacientes e famílias.

Essa perspectiva torna-se particularmente relevante diante das transformações produzidas pela pandemia de covid-19. O adoecimento e as mortes em massa, associados ao medo de uma doença até então desconhecida, à sobrecarga dos serviços de saúde, ao isolamento social e às restrições aos rituais fúnebres intensificaram o sofrimento individual e coletivo. Ao mesmo tempo, a pandemia reconfigurou o trabalho em saúde, alterando a gestão da assistência, as relações entre profissionais, pacientes e familiares, bem como as formas de comunicação, acolhimento e garantia de direitos nos serviços.

Diante do colapso sanitário ocorrido em Manaus, essas transformações assumiram contornos ainda mais complexos. As experiências de adoecimento em meio à emergência de uma nova doença, a busca por cuidado em um sistema de saúde em colapso, a necessidade de transferência interestadual de pacientes e os impactos emocionais decorrentes do sofrimento e das perdas evidenciam a relevância desta pesquisa.

Nessa direção, compreender as respostas produzidas diante de uma crise sanitária, implica reconhecer que elas não se restringem às dimensões epidemiológicas ou às orientações técnico-sanitárias. Os contextos sociais e culturais, as desigualdades, as crenças, os modos de interpretar a doença e as experiências concretas de adoecimento influenciam as formas de buscar cuidado, aderir às recomendações institucionais e atribuir sentidos às experiências

vividas. Assim, os itinerários terapêuticos e as experiências de adoecimento tornam-se elementos centrais para compreender como um fenômeno global, como a pandemia de covid-19, foi vivido e significado em diferentes escalas da vida social.

A revisão da literatura evidenciou importantes lacunas no campo de estudos sobre a pandemia de covid-19 e o colapso sanitário ocorrido em Manaus. Embora diversos trabalhos tenham abordado aspectos epidemiológicos, assistenciais e de gestão da crise, ainda são escassas as investigações que analisem, de forma articulada, as experiências e os significados atribuídos por trabalhadores da saúde, pacientes e familiares envolvidos na trajetória assistencial produzida nesse contexto, especialmente nos processos de hospitalização e transferência interestadual de pacientes.

Da mesma forma, identificou-se limitada produção acerca das experiências emocionais relacionadas ao testemunho de mortes em larga escala, bem como de suas repercussões nos processos de elaboração do luto, na continuidade da vida cotidiana e nas formas de produzir cuidado em situações prolongadas de crise.

Essas lacunas apontam para a necessidade de compreender não apenas a dimensão biomédica da pandemia, mas também os modos pelos quais sujeitos e coletivos experienciaram o sofrimento, reorganizaram suas práticas de cuidado e atribuíram sentidos às experiências vividas durante o colapso assistencial.

Ao tomar Manaus como caso emblemático, esta tese busca compreender as experiências produzidas diante do evento pandêmico e de suas consequências sociais, institucionais e afetivas. Mais do que descrever eventos, essa abordagem permite analisar como diferentes sujeitos perceberam, interpretaram e responderam às situações de adoecimento e crise. Em outra escala, trata-se de compreender como desigualdades sociais e respostas institucionais do Estado influenciaram a vulnerabilidade ao adoecimento, o acesso ao cuidado e as possibilidades de enfrentamento do sofrimento.

Desse modo, a relevância desta pesquisa reside na possibilidade de ampliar a compreensão sobre os impactos humanos e sociais do colapso sanitário em Manaus, trazendo para o centro da análise experiências frequentemente invisibilizadas nos estudos sobre a pandemia. Ao articular trajetórias assistenciais, produção do cuidado, sofrimento, luto e trabalho em saúde, a tese pretende contribuir para o fortalecimento de reflexões críticas sobre cuidado em contextos de crise, produção de desigualdades e respostas institucionais em saúde pública.

Longe de representar um episódio isolado, a experiência com a pandemia de covid-19 recoloca a crise sanitária não como um evento extraordinário e encerrado, mas como uma

possibilidade permanente que atravessa a vida em sociedade, pela imprevisibilidade das emergências em saúde, revelando a necessidade de compreendê-las como parte constitutiva das dinâmicas globais, marcadas por intensos fluxos, desigualdades estruturais e fragilidades institucionais.

O objetivo desta pesquisa foi analisar as experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde na busca por cuidados no contexto da pandemia de covid-19. Esta tese está estruturada a partir de um referencial teórico ancorado na sociologia e na antropologia da saúde sobre crises sanitárias e o controle de doenças e gestão da vida. É a partir deste enquadramento teórico que foi direcionado o olhar sobre adoecimento, produção de cuidados e itinerários terapêuticos percorridos por pacientes e seus familiares. As experiências vividas e compartilhadas, bem como as emoções relatadas pelos sujeitos, desde o adoecimento, o retorno para casa e as perspectivas de “seguir em frente”, fazem parte da escrita que busca articular a dimensão relacional da experiência.

A abordagem de casos situados em contextos específicos pretende contribuir para discussões mais amplas acerca das práticas de cuidado, da organização do trabalho em saúde, dos princípios e diretrizes do SUS, das ameaças de saúde/doença em contexto de globalização, entre outras. Não se trata de generalizar casos concretos, mas de problematizar questões e compará-las em termos estruturais.

Os resultados da pesquisa e suas discussões são apresentados em forma de dois artigos. O primeiro, “PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático”, está aprovado e em pré print na Revista Ciência & Saúde Coletiva. O artigo tem como fio condutor a análise do itinerário/intineração terapêutica (Bonet, 2014) relatada por pacientes transferidos de Manaus (AM) para São Luís (MA) e seus familiares. As experiências de adoecimento, hospitalização, deslocamento e retorno para casa foram analisadas a partir da busca por compreensão dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às situações vividas.

Neste artigo, a experiência foi analisada a partir da perspectiva de Alves (2006), que compreende experiência como “a articulação entre o vivido e o narrado, entre o sentir e o expressar, conformada por condições históricas, relações sociais e valores morais que atravessam o corpo e a linguagem” (Alves, 2006, p.16). As interações estabelecidas entre pacientes, familiares e trabalhadores da saúde, em busca por soluções práticas, possibilitam reflexões sobre os caminhos percorridos no sistema de saúde e o quanto tais redes, formadas pelas linhas traçadas, contribuem para constituir o próprio sistema.

As emoções (Rezende; Coelho, 2010) também foram analisadas como fenômeno social, como uma gramática relacional, cujo sentido é produzido na interação entre os sujeitos. A dimensão subjetiva da emoção é individual na medida em que é produzida e compartilhada por meio das relações sociais.

O segundo artigo foi apresentado para as considerações da banca na ocasião da defesa da tese. “EXPERIÊNCIAS DE MORTE E RUPTURAS NA PANDEMIA DE COVID-19: Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana, tem como proposta compreender as experiências de sofrimento dos pacientes de Manaus, de seus familiares e dos trabalhadores entrevistados, diante das rupturas causadas pelo adoecimento e mortes. O manuscrito será submetido à Revista Saúde e Sociedade da USP.

Para a antropóloga indiana Venna Das (2020a), eventos críticos são eventos sociais disruptivos que marcam de maneira indelével experiências de sofrimento individual e familiares. Em seu estado sobre o cotidiano, a autora analisa como eventos passados são narrados ou silenciados e como permanecem incorporados na vida dos sujeitos. Para Veena Das, a experiência não é reduzida a uma interioridade subjetiva, pois se constitui no entrelaçamento da linguagem, do corpo e da vida social. O conceito de experiência é compreendido como aquilo que é compartilhado mesmo quando não é verbalizado. O silêncio pode ser um modo de preservar a dignidade do sofrimento e traz densidades éticas, sociais e afetivas.

A pandemia de covid-19 foi analisada como um evento disruptivo da vida social. Seus efeitos na vida de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde permanecem e hoje em dia recai sobre ele um silêncio.

2 PRESSUPOSTOS E QUESTÕES DO ESTUDO

Para a compreensão das experiências produzidas no contexto do colapso sanitário ocorrido em Manaus, foram definidos os seguintes pressupostos:

1. A pandemia de covid-19, especialmente na situação de colapso do sistema de saúde e a necessidade de reorganização emergencial da assistência, ocorridos em Manaus, produziram rupturas nos itinerários terapêuticos, reconfigurando relações de cuidado, vínculos familiares e modos de circulação dos pacientes na rede de saúde;
2. As experiências de adoecimento, hospitalização, transferência e morte durante a pandemia foram atravessadas por sofrimento, incertezas e intensificação da vulnerabilidade, afetando pacientes, familiares e trabalhadores da saúde de maneiras interdependentes;
3. As formas de buscar cuidado em contextos prolongados de crise foram influenciadas por dimensões sociais, culturais, emocionais e simbólicas, contribuindo para que o medo da contaminação em unidades de saúde produzisse adiamento da busca por cuidados e agravamento de quadros clínicos.

A partir desses pressupostos, emergiram como questões centrais desta pesquisa:

1. Como pacientes com covid-19 e seus familiares vivenciaram a trajetória assistencial no contexto do colapso sanitário em Manaus e transferência para outros estados?
2. De que maneira experiências de sofrimento, perdas e rupturas foram incorporadas ao cotidiano e às formas de continuidade da vida de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde?
3. Quais sentidos foram atribuídos ao “fazer saúde” pelos trabalhadores envolvidos no cuidado de pacientes afastados de suas redes familiares e sociais de apoio durante a pandemia de covid-19?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde na busca por cuidados no contexto da pandemia de covid-19.

3.2 Objetivos Específicos

Para alcançar o objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar características sociodemográficas dos pacientes, familiares e trabalhadores entrevistados;
- Compreender o itinerário terapêutico de pacientes com covid-19 em contexto de colapso no sistema de saúde;
- Conhecer as experiências de hospitalização desses pacientes;
- Compreender o sentido atribuído ao cuidado na perspectiva dos pacientes, familiares e trabalhadores da saúde;
- Compreender as experiências de sofrimento desses pacientes, de seus familiares e dos trabalhadores frente a um evento disruptivo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Crises sanitárias, controle das doenças e gestão da vida

As crises sanitárias acompanham, de forma recorrente, a história das sociedades humanas e não podem ser compreendidas apenas como eventos biológicos ou epidemiológicos. Epidemias, pandemias e outras emergências em saúde pública expressam fenômenos complexos, atravessados por dimensões políticas, econômicas, culturais e sociais, produzindo mudanças nos modos de viver, circular, trabalhar, adoecer e morrer.

Embora assumam formas distintas em diferentes períodos históricos, as crises sanitárias mobilizam estratégias de enfrentamento das doenças, reorganizam instituições, redefinem formas de intervenção do Estado e alteram as relações entre indivíduos, coletividades e sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, evidenciam permanências relacionadas ao medo coletivo, às disputas em torno da circulação dos corpos e às formas de gestão da vida e da morte (Foucault, 2021b).

4.1.1 *Crises sanitárias ao longo da história: permanências e transformações*

Ao longo da história, epidemias e pandemias vêm produzindo elevadas taxas de adoecimento e mortalidade e alterações nas formas de organização social, nas práticas de cuidado e nas relações entre Estado, ciência e população. As respostas produzidas nesses contextos estiveram associadas não apenas à contenção das doenças, mas também à manutenção da ordem social, mecanismos de vigilância, isolamento, segregação de grupos considerados ameaçadores e regulamentação da circulação das populações. Nesse sentido, essas crises revelam formas históricas de exercício do poder e de administração da vida coletiva, problematizando que o enfrentamento das epidemias ultrapassa o campo biomédico e envolve dimensões políticas, sociais e morais (Foucault, 2021b).

A Peste Negra, nome histórico dado à grande epidemia de peste bubônica que atingiu a Europa no século XIV, é frequentemente considerada uma das maiores catástrofes sanitárias da história. Em um contexto marcado pelo limitado conhecimento sobre a transmissão das doenças, a epidemia provocou elevada mortalidade — estimada em cerca de um terço da população europeia — e intensificou processos de exclusão, perseguição e estigmatização de determinados grupos sociais. A doença também alcançou o norte da África, onde produziu impactos expressivos sobre a mortalidade e a organização da vida urbana (Herzlich, 2005).

As respostas à peste envolveram medidas de isolamento, controle da circulação de pessoas e regulamentação dos espaços urbanos, antecipando práticas posteriormente incorporadas às políticas sanitárias modernas (Delumeau, 1989). Além das repercussões

demográficas, a epidemia provocou importantes impactos econômicos, com interrupção do comércio, redução da produção agrícola e escassez de mão de obra em diferentes regiões da Europa. Nesse contexto, ampliaram-se mecanismos de registro populacional, quarentena e vigilância sobre corpos e territórios, considerados antecedentes históricos das formas modernas de gestão estatal da vida e das populações (Foucault, 2021b).

Nos séculos XVIII e XIX, as epidemias de cólera e varíola ocuparam lugar central nos debates sobre saúde pública e administração das cidades. A expansão urbana, a intensificação da circulação de mercadorias e pessoas e as precárias condições sanitárias favoreceram a disseminação dessas doenças, tornando evidente a relação entre saúde, pobreza e condições de vida (Rosen, 1994). A cólera impulsionou transformações na organização urbana e no desenvolvimento de políticas sanitárias voltadas ao saneamento, à inspeção dos espaços públicos e à vigilância das populações.

A varíola, por sua vez, evidenciou o papel crescente da ciência e das campanhas de vacinação no enfrentamento das crises sanitárias. A incorporação da vacina como estratégia de proteção coletiva produziu impactos importantes sobre a mortalidade, mas também gerou resistências e conflitos relacionados à obrigatoriedade da imunização e à intervenção estatal sobre os corpos. No Brasil, a Revolta da Vacina, em 1904, tornou-se um marco das tensões entre políticas sanitárias, autoritarismo e desigualdades sociais urbanas (Sevcenko, 2010). Campanhas organizadas de imunização em massa tiveram efeitos significativos no controle da doença, culminando na erradicação oficial da varíola pela Organização Mundial da Saúde em 1980 (Herzlich, 2005).

No início do século XX, a gripe espanhola produziu uma crise sanitária de dimensão global, provocando milhões de mortes e expondo limitações dos sistemas de saúde e fragilidades das respostas governamentais. Medidas como isolamento social, fechamento de espaços públicos, restrição de circulação e uso de máscaras passaram a integrar o repertório de enfrentamento das epidemias, reaparecendo posteriormente em outras emergências sanitárias. A pandemia também produziu medo, insegurança e rupturas nas rotinas cotidianas, intensificando o sofrimento coletivo (Kolata, 1999).

Ao longo da segunda metade do século XX, outras crises sanitárias evidenciaram transformações importantes nos modos de compreender o adoecimento e organizar respostas sociais e institucionais. A epidemia de HIV/aids, inicialmente associada a grupos específicos, foi marcada por intenso estigma, discriminação e moralização dos corpos e das sexualidades. Ao mesmo tempo, impulsionou debates sobre direitos humanos, participação social, acesso universal ao tratamento e enfrentamento das desigualdades no cuidado em saúde (Sontag, 2009;

Parker, 2000). Diferentemente das epidemias clássicas centradas no isolamento territorial, a aids introduziu discussões relacionadas à cronicidade, à convivência prolongada com a doença e à produção social do estigma.

Mais recentemente, epidemias como dengue, chikungunya e zika trouxeram os impactos das mudanças ambientais, da urbanização desordenada e das desigualdades socioeconômicas na dinâmica das emergências sanitárias contemporâneas. No Brasil, a epidemia de zika vírus revelou repercussões sociais, especialmente para mulheres pobres e famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika, expondo limites das políticas públicas e das redes de proteção social (Diniz, 2016).

Essas epidemias também demonstraram que as crises sanitárias afetam de forma desigual diferentes territórios e grupos sociais, ampliando vulnerabilidades historicamente existentes e favorecendo a consolidação de formas cada vez mais complexas de gestão da vida coletiva. A partir da constituição dos Estados modernos, a saúde das populações passou progressivamente a ser objeto de intervenção política, incorporando estratégias de vigilância, produção de estatísticas, regulamentação dos espaços urbanos, campanhas sanitárias e organização institucional do cuidado.

Mais de um século após a gripe espanhola, a pandemia de covid-19 recolocou em cena muitos dos elementos historicamente presentes nas crises sanitárias, ao mesmo tempo em que revelou novas configurações associadas à globalização, às tecnologias de informação e às complexas desigualdades sociais contemporâneas. A rápida disseminação do vírus, a elevada demanda por serviços de saúde e a necessidade de adoção de medidas de distanciamento social explicitaram tanto permanências quanto transformações nas formas de enfrentamento das epidemias. Estratégias historicamente utilizadas, como isolamento, quarentena e controle da circulação, reapareceram associadas a novas formas de vigilância, monitoramento e produção de informações em larga escala.

Entretanto, a pandemia de covid-19 também revelou especificidades relacionadas ao contexto contemporâneo, marcado pela intensa circulação global, pela disseminação acelerada de informações e desinformações, pelas disputas políticas em torno da ciência e pela ampliação das desigualdades sociais. Em diferentes países, populações vulnerabilizadas foram desproporcionalmente afetadas, evidenciando que os impactos das crises sanitárias não são distribuídos de maneira homogênea. No Brasil, além da elevada mortalidade, a pandemia expôs fragilidades históricas relacionadas ao subfinanciamento do sistema de saúde, à desigualdade regional no acesso aos serviços e às dificuldades de coordenação nacional das ações de enfrentamento.

Embora separadas por contextos históricos distintos, crises como a Peste Negra, a cólera, a varíola, a gripe espanhola, a aids, a dengue, a zika e a covid-19 permitem reconhecer permanências importantes na experiência social das epidemias, como o medo da contaminação, a produção de estigmas, as tensões entre liberdade individual e proteção coletiva e a centralidade atribuída ao Estado na gestão dessas crises. Ao mesmo tempo, evidenciam transformações relacionadas aos conhecimentos científicos, às formas de organização dos sistemas de saúde e às tecnologias de vigilância, monitoramento e cuidado mobilizadas em cada período histórico.

4.1.2 *O hospital moderno como espaço de vigilância e cuidado*

O desenvolvimento da medicina social e das políticas de saúde pública estiveram articulados à emergência de tecnologias de poder voltadas à administração das populações, à regulação dos corpos e ao controle dos riscos coletivos. Nesse contexto, as epidemias tornam-se momentos privilegiados de intensificação de mecanismos de controle e gestão da vida, evidenciando tensões permanentes entre proteção coletiva, liberdade individual e desigualdades sociais.

Nesse movimento, os hospitais que até o início do século XVIII eram predominantemente espaços de assistência aos pobres e moribundos, marcados por condições precárias e associados à caridade e ao isolamento social. Nestes hospitais não havia uma função médica estruturada. No entanto, com o desenvolvimento da medicina clínica e a crescente articulação entre saber médico e poder estatal, foram transformando-se em espaços terapêuticos, de observação sistemática, produção de conhecimento e disciplinarização dos corpos (Foucault, 2021a).

Assim, os hospitais modernos passaram a ocupar posição central na organização das práticas de cuidado e no gerenciamento das doenças. Mais do que locais de tratamento, consolidaram-se como instituições estratégicas para a gestão da vida e racionalização das práticas de saúde, como parte de um movimento mais amplo de disciplinarização da sociedade.

Paralelamente, a expansão do conhecimento científico e tecnológico nas áreas médicas e biomédicas — incluindo biologia, fisiologia, microbiologia e medicina molecular — contribuíram, sobretudo a partir do século XIX, para a erradicação ou o tratamento mais eficaz de diversas doenças infecciosas (Capra, 2012).

Para Foucault (2021a), as instituições modernas, incluindo os hospitais, passam a ser um dispositivo de saber-poder; como espaços de produção conhecimento médico e científico na área da saúde e de controle sobre os corpos, sendo impostos protocolos, práticas e

comportamentos. O hospital passa a constituir um novo olhar da medicina que examina, categoriza e intervém no corpo doente, a medicalização da prática hospitalar.

Foucault (2021b) vê essa transformação como parte de uma mudança mais ampla na forma como a sociedade lida com a doença, a saúde e o corpo. Suas ideias sobre o "Nascimento do Hospital" têm influenciado a história da medicina, a sociologia da saúde e os estudos sobre poder e disciplina. O hospital durante a pandemia de covid-19 representou espaço de controle tanto físico quanto simbólico.

Em meio à crise sanitária global provocada pela covid-19, os hospitais reassumiram centralidade como principais espaços de tratamento, monitoramento e gestão dos casos graves, concentrando tecnologias, recursos especializados e decisões estratégicas relacionadas à assistência e à sobrevivência dos pacientes. A pandemia produziu, simultaneamente, uma revalorização e uma reconfiguração do hospital moderno como espaços estratégicos de gestão da crise sanitária, concentrando não apenas o tratamento dos casos graves, mas também decisões relacionadas à distribuição de recursos escassos, definição de prioridades assistenciais, controle de fluxos populacionais e gerenciamento permanente do risco biológico.

Mais do que espaço terapêutico, o hospital tornou-se também lugar de intensificação de práticas de vigilância, isolamento, monitoramento e controle dos corpos, evidenciando a permanência de dispositivos biopolíticos no gerenciamento das epidemias contemporâneas.

Ao mesmo tempo, a covid-19 tensionou os próprios limites do modelo hospitalocêntrico. A superlotação dos serviços, a insuficiência de leitos, equipamentos e profissionais, bem como o isolamento imposto aos pacientes e familiares, expuseram fragilidades estruturais dos sistemas de saúde e trouxeram os impactos subjetivos e sociais produzidos pela centralização do cuidado no ambiente hospitalar, que se tornou também cenário de sofrimento, solidão, medo e morte em larga escala.

A experiência da covid-19 não apenas reatualizou o papel histórico do hospital na administração das epidemias, mas também revelou os limites de respostas centradas exclusivamente na lógica hospitalar e biomédica, evidenciando também a necessidade de fortalecer redes territoriais de cuidado, ações comunitárias, atenção primária e estratégias intersetoriais capazes de responder às múltiplas dimensões sociais da crise sanitária.

4.1.3 Transição epidemiológica e individualização do adoecimento

Compreender as crises sanitárias implica reconhecê-las como processos históricos e sociais que extrapolam a ocorrência de doenças específicas. As emergências em saúde pública reorganizam práticas de cuidado, produzem novas formas de sofrimento e tensionam os modos

de funcionamento das instituições e das políticas de saúde. Ao mesmo tempo, revelam a centralidade do cuidado, da solidariedade e da ação coletiva na sustentação da vida em contextos de incerteza e ruptura social, reafirmando que as respostas às epidemias não se limitam ao controle biológico das doenças, mas envolvem disputas éticas, políticas e sociais em torno da proteção da vida, da produção das desigualdades e da garantia do direito à saúde (Mbembe, 2020; Foucault, 2008; Rosen, 1994).

Ao longo da segunda metade do século XX, consolidou-se a percepção de que os principais riscos sanitários poderiam ser progressivamente controlados pelo avanço científico, pelas tecnologias biomédicas e pelas estratégias de prevenção.

As transformações nas formas de gestão da vida e organização das políticas sanitárias, produziram mudanças importantes nos perfis de adoecimento e nas estratégias de cuidado ao longo do século XX. O desenvolvimento da medicina científica, a ampliação das campanhas de vacinação, a melhoria relativa das condições sanitárias e o avanço das tecnologias biomédicas contribuíram para a redução da mortalidade por diversas doenças infecciosas em vários países.

Nesse contexto, ocorreu uma transição progressiva no perfil epidemiológico das populações, processo descrito por Omran (1971) como transição epidemiológica, na qual as doenças e agravos não transmissíveis passaram a ocupar lugar central entre as principais causas de morbimortalidade. Nas décadas seguintes, as DANTs consolidaram-se como importante problema de saúde pública, frequentemente descritas como uma “epidemia silenciosa” (Malta *et al.*, 2020).

Esse processo, não ocorreu de forma homogênea nem linear, especialmente em países marcados por extensas desigualdades sociais, como o Brasil. Doenças infecciosas, agravos associados à pobreza e condições crônicas passaram a coexistir, revelando que os processos de adoecimento permanecem profundamente relacionados às condições coletivas de vida.

Em muitos países, especialmente a partir da segunda metade do século XX, consolidou-se a percepção de que as grandes epidemias infecciosas já não representavam grandes ameaças e que o desenvolvimento científico e tecnológico seria capaz de controlar os principais riscos à saúde protegendo as sociedades contemporâneas. O isolamento por doenças contagiosas parecia remeter a um passado distante e as experiências de adoecimento passaram a estar mais relacionadas às condições crônicas e individualizadas, cujos tratamentos frequentemente permitiam a manutenção da vida cotidiana sem rupturas abruptas (Adam; Herzlich, 2001).

O adoecimento passou a ser associado aos modos de vida, aos hábitos individuais e aos comportamentos considerados de risco, fortalecendo discursos voltados à adoção de estilos de vida saudáveis, ao autocuidado e à responsabilização individual pela saúde. A manutenção da

saúde passou a ser compreendida, cada vez mais, como resultado da capacidade de abandonar comportamentos considerados de risco, fortalecendo a ideia de que a manutenção da saúde dependeria principalmente do autocontrole e do gerenciamento permanente do próprio corpo.

As práticas contemporâneas de saúde passaram, então, a estimular sujeitos permanentemente atentos ao monitoramento de seus corpos, hábitos cotidianos e fatores de risco relacionados ao adoecimento. Segundo Foucault (2008), as formas modernas de gestão da vida envolvem não apenas a intervenção direta do Estado sobre os corpos, mas também a produção de sujeitos que incorporam práticas de vigilância, disciplina e regulação de si mesmos. Nesse contexto, saúde, autocuidado e responsabilidade individual tornam-se centrais nas experiências contemporâneas do adoecimento e nas formas de organização do cuidado.

Ao mesmo tempo, fatores estruturais relacionados às transformações nos modos de vida das sociedades contemporâneas — como urbanização acelerada, consumo de alimentos ultraprocessados, sedentarismo e poluição ambiental — passaram a exercer influência importante sobre a produção das doenças crônicas e outros agravos à saúde (OMS, 2023).

A pandemia de covid-19 produziu importante ruptura ao desestabilizar a sensação de previsibilidade e controle construída em torno dos riscos sanitários contemporâneos, recolocando em evidência a dimensão coletiva da vulnerabilidade, da interdependência e do cuidado. A rápida disseminação do vírus colocou em evidência a dimensão coletiva da saúde e a interdependência entre os sujeitos, caracterizando que os processos de adoecimento ultrapassam escolhas individuais e estão amplamente relacionados às condições sociais, econômicas e políticas que organizam a vida em sociedade (Matta, 2021; Mbembe, 2020; Santos, 2020).

Além disso, a pandemia não atingiu uma população “saudável”, mas populações já atravessadas pela transição epidemiológica, pelas iniquidades sociais e pela elevada prevalência de doenças crônicas. Condições como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e doenças respiratórias estiveram associadas ao agravamento dos casos, à hospitalização e à mortalidade, especialmente entre grupos socialmente vulnerabilizados (Zhou *et al.*, 2022).

Embora as doenças crônicas tenham sido frequentemente individualizadas nos discursos sobre estilos de vida e responsabilização pessoal, seus efeitos reapareceram coletivamente durante a pandemia, evidenciando que os processos de adoecimento permanecem de forma abrangente relacionados às condições sociais de vida, trabalho e acesso ao cuidado. A noção de “grupos de risco” tornou visíveis vulnerabilidades historicamente produzidas e naturalizadas, intensificando experiências de medo, vulnerabilidade, sofrimento e insegurança entre pacientes, familiares e trabalhadores da saúde.

Condições precárias de moradia, trabalho informal, insegurança alimentar e dificuldade de acesso aos serviços de saúde produziram impactos diferenciados sobre a exposição ao vírus, o acesso ao cuidado e as possibilidades de proteção. Nesse contexto, grupos socialmente vulnerabilizados foram desproporcionalmente afetados, evidenciando que os riscos e vulnerabilidades não se distribuem de maneira homogênea entre as populações (Santos, 2020; Werneck; Carvalho, 2020).

Medidas historicamente associadas ao enfrentamento das epidemias, como isolamento social, quarentena, uso de máscaras, vacinação em massa e reorganização dos serviços de saúde, reapareceram como estratégias centrais no enfrentamento da covid-19. A retomada dessas práticas evidenciou que a proteção da vida depende não apenas de decisões individuais, mas também da capacidade de coordenação coletiva e de resposta dos sistemas públicos de saúde. Nesse contexto, a pandemia recolocou o Estado no centro das respostas sanitárias, exigindo ampliação da capacidade assistencial, formulação de políticas públicas e implementação de estratégias de proteção social e cuidado coletivo.

Desse modo, mais do que uma emergência sanitária, a pandemia de covid-19 tensionou formas contemporâneas de compreender o adoecimento, o risco e o cuidado. Ao romper a sensação de controle produzida pelo avanço técnico-científico e pela individualização da saúde, a crise sanitária recolocou em evidência a vulnerabilidade compartilhada entre os sujeitos e a centralidade das dimensões sociais, coletivas e políticas na produção da saúde e da doença. Tornaram-se explícitas, nesse contexto, a importância das redes de cuidado, da solidariedade social e da atuação dos sistemas públicos na sustentação da vida em situações de crise.

4.1.4 Pandemia de covid-19 no Brasil: vulnerabilidades, desigualdades e disputas em torno do cuidado

A pandemia de covid-19, oficialmente declarada pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020, produziu uma crise sanitária de dimensão global, demonstrando as complexas desigualdades entre países e diferentes capacidades de resposta dos sistemas de saúde. A rápida disseminação do vírus, favorecida pela intensa circulação internacional de pessoas e mercadorias, produziu elevados índices de adoecimento e mortalidade em diferentes regiões do mundo.

Os agravos relacionados ao novo coronavírus foram registrados de forma gradual em diferentes regiões do mundo, evidenciando desigualdades na capacidade de resposta dos sistemas de saúde e distintas estratégias políticas de enfrentamento da crise. Em meio à rápida disseminação da doença, diferentes medidas de contenção passaram a ser adotadas, incluindo isolamento social, suspensão de atividades presenciais, fechamento de espaços públicos, uso de

máscaras, reorganização dos serviços de saúde e campanhas de vacinação em massa (OMS, 2020).

No Brasil, houve reorganização dos fluxos assistenciais, com interrupção ou redução de atendimentos voltados à prevenção e promoção da saúde na Atenção Primária, suspensão temporária de consultas e acompanhamentos de doenças crônicas, além de dificuldades no acesso a medicamentos de uso contínuo e controlado. Nos ambientes hospitalares, a presença de acompanhantes passou a ser amplamente restringida como medida de contenção da transmissão viral. Essas medidas produziram importantes impactos sobre a vida cotidiana, as relações sociais e as formas de organização do cuidado.

Ao mesmo tempo, evidenciou disputas em torno da autoridade científica e das estratégias de contenção da doença. Em 2020, ainda não existiam evidências consistentes sobre tratamentos farmacológicos eficazes para a covid-19. Apesar disso, medicamentos sem comprovação científica passaram a ser amplamente divulgados no país, especialmente por representantes do governo federal, fortalecendo discursos contrários às recomendações sanitárias internacionalmente estabelecidas (Ferrante *et al.*, 2024)

O chamado “kit covid”, composto principalmente por cloroquina, hidroxicloroquina e azitromicina, foi incentivado como estratégia terapêutica mesmo diante da ausência de evidências de eficácia e segurança (Barlow *et al.*, 2020). Em entrevista à BBC, médicos brasileiros afirmaram que a ampla divulgação desse conjunto de medicamentos contribuiu indiretamente para o agravamento de casos, ao retardar a procura por atendimento especializado e mobilizar investimentos significativos na aquisição desses fármacos (Ferrante *et al.*, 2024; Sabino *et al.*, 2021;). Além disso, esses medicamentos passaram a ser utilizados sem monitoramento sistemático de possíveis reações adversas e efeitos colaterais (Zheng *et al.*, 2023; Santos-Pinto *et al.*, 2021).

Além disso, o Brasil também vivenciou conflitos relacionados à implementação das campanhas de vacinação, iniciadas apenas em janeiro de 2021, posteriormente a diversos países da América Latina. O processo foi marcado por disputas políticas em torno da aquisição e incorporação das vacinas, circulação de informações falsas e manifestações de hesitação vacinal, impulsionadas, em parte, por declarações controversas e discursos negacionistas de autoridades governamentais. Até 2023, o país ocupava o segundo lugar mundial em número de mortes por covid-19, com cerca de 700 mil óbitos registrados, atrás apenas dos Estados Unidos, que ultrapassaram 1,1 milhão de mortes (OMS, 2023).

Nesse contexto, os serviços de saúde passaram por reorganizações, incluindo alterações nos fluxos assistenciais, suspensão de consultas e procedimentos eletivos, restrições à presença

de acompanhantes e intensificação de protocolos de isolamento. Nos hospitais, trabalhadores da saúde lidavam cotidianamente com elevado número de mortes, manejo de corpos, limitação do contato entre pacientes e familiares e sucessivas redefinições das práticas de cuidado, em um cenário marcado pela sobrecarga assistencial e pela instabilidade permanente dos processos de trabalho (Brasil, 2020).

A pandemia também evidenciou desigualdades na distribuição dos riscos e das possibilidades de proteção. Populações socialmente vulnerabilizadas foram desproporcionalmente afetadas pela doença, em decorrência de condições precárias de moradia, trabalho informal, insegurança alimentar, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desigualdades territoriais. Nesse contexto, a covid-19 explicitou que os impactos das crises sanitárias não se distribuem de forma homogênea, sendo atravessados por marcadores sociais, econômicos e territoriais (Werneck; Carvalho, 2020).

Ao discutir necropolítica, Mbembe (2020) chama atenção para contextos em que determinadas populações tornam-se mais expostas à precarização da vida e à morte. Durante a pandemia de covid-19, populações pobres, negras, periféricas e socialmente vulnerabilizadas estiveram mais expostas aos riscos de adoecimento e morte, revelando que as crises sanitárias complexificam desigualdades historicamente existentes.

Desse modo, a pandemia de covid-19 ultrapassou os limites de uma emergência sanitária estritamente biomédica, tornando-se também uma crise política, social e ética. Ao tensionar relações entre ciência, Estado, economia e proteção da vida, a pandemia explicitou disputas em torno do cuidado, da responsabilidade coletiva e do direito à saúde, produzindo densas repercussões sobre as experiências de adoecimento, sofrimento e organização das práticas de cuidado.

4.1.5 Colapso assistencial em Manaus e a Operação Vida

No contexto da pandemia de covid-19, Manaus tornou-se uma das expressões mais dramáticas dessas rupturas assistenciais. O colapso do sistema de saúde da capital amazonense evidenciou não apenas a insuficiência de recursos materiais, como leitos e oxigênio medicinal, mas também a desorganização dos fluxos de cuidado, a intensificação do sofrimento de usuários, familiares e trabalhadores e a necessidade de construção de estratégias emergenciais para garantir assistência. A falta de oxigênio, a superlotação hospitalar, a ausência de leitos, as dificuldades de regulação e a ruptura dos fluxos assistenciais produziram experiências extremas de sofrimento, vulnerabilidade e descontinuidade terapêutica que culminaram na transferência interestadual de pessoas.

Em março de 2020, ainda no início da pandemia, de acordo com as recomendações da OMS, o Governo Amazonense elaborou 5 decretos restringindo a circulação de pessoas voltados para: aulas em escolas públicas e privadas (Decreto nº 42061), funcionamento de estabelecimento comerciais (Decreto nº 42063), atendimento presencial em órgãos públicos (Decreto nº 42085), transporte rodoviário intermunicipal (Decreto nº 42087) e visitas nas penitenciárias (Decreto nº 42145) (Barreto *et al.*, 2021). Estes decretos ficaram vigentes até o dia 01 de junho. Após a queda de óbitos em números absolutos foram iniciadas medidas de relaxamento com a reabertura de shoppings, órgãos públicos, templos religiosos, bares, restaurantes, reuniões presenciais, lojas e escritórios, impondo condições de higienização, número e distanciamento entre as pessoas (Barreto *et al.*, 2021).

Em agosto de 2020, os índices de óbito em Manaus voltaram a crescer. Em paralelo, meios de comunicação, manchetes de telejornais e redes sociais divulgaram que o governo local havia cogitado que em novembro de 2020, a população de Manaus tinha atingido a chamada “imunidade de rebanho”, explicada pela teoria de que uma parte significativa da população após contaminação, adquire anticorpos contra a doença e o vírus passa a ter maior dificuldade de transmissão entre as pessoas, deixando-os indiretamente protegidos, até mesmo aquelas que não têm anticorpos (Barreto *et al.*, 2021).

Neste período, Manaus possuía uma população estimada em 2,1 milhões, o percentual de infectados e recuperados equivalia a 1,3 milhões. Não se sabe ao certo, se questões políticas, erros de cálculos e ou fatores econômicos, levaram o governo a incluir nesta estimativa não só os casos recuperados, mas também, o número de óbitos registrados até maio de 2020. Concomitante à divulgação sobre a imunidade de rebanho, uma nova variante do vírus, a Gama P.1, *Variant of Concern*, foi identificada em Manaus com o alastramento para outras regiões do país. O nome "Gama" foi adotado pela OMS seguindo o sistema de nomenclatura baseado no alfabeto grego (Ferrante *et al.*, 2024).

Durante o mês de janeiro de 2021 foram notificados 2.195 óbitos. Com o aumento exponencial de casos graves, o sistema de saúde de Manaus entrou em colapso (CONASS, 2023) e foi declarada (Decreto nº5001) situação anormal e emergencial no Município de Manaus que já registrava 19.784 hospitalizações, liderando o ranking nacional com 7.051 óbitos (FVSA, 2021).

O secretário de Estado da Saúde do Amazonas, em 13 de janeiro de 2021, comunicou que a empresa que fornecia a maior parte dos gases medicinais à rede pública estadual estava com “dificuldades em relação à execução do plano logístico para a entrega de insumos e a alta demanda que vinha ocorrendo na rede pública de saúde” (CONASS, 2021). “Em 14 de janeiro,

dezenas de pacientes morreram asfixiados devido à falta de oxigênio na rede pública hospitalar de Manaus, evento que chocou a população brasileira e toda a humanidade” (Barreto *et al.*, 2021).

A cidade tornou-se o epicentro da doença, cenário dramático caracterizado pelo colapso do sistema de saúde. A definição de colapso é dada pelas altas taxas de ocupação de leitos hospitalares frente ao número crescente de casos e a falta de resposta e adoção de estratégias necessárias como abertura de novos leitos, compra de respiradores e oxigênio (Barreto *et al.*, 2021; Paim, 2018).

A emergente dificuldade em conter o vírus e a piora clínica de muitos pacientes com covid-19 trouxeram necessidade de estabelecer-se no sistema de saúde da cidade de Manaus uma reorganização da assistência em saúde, para conter o momento crítico e evitar mais mortes (CONASS, 2023). Esse aumento da demanda resultou no aumento de mortes num período curto de sete dias, chegando a 183% (CONASS, 2021).

Com a repercussão em nível internacional, reuniram-se em Brasília, o Ministro da Saúde, o Governador do Estado do Amazonas, o Prefeito da Cidade de Manaus, o Secretário Estadual de Saúde, a Secretária Municipal de Saúde de Manaus e outras pessoas ligadas à área da saúde. Foi assinado o “Plano de Ações Emergenciais Decorrentes do Agravamento dos Casos de Covid-19 no Estado do Amazonas” (Brasil, 2021; Amazonas, 2021).

Um Plano de Cooperação Interestadual do governo Federal em conjunto com outros estados da federação, denominado “Operação Vida” foi lançado em 13 de janeiro. O acordo estabelecido foi para receber pacientes, com quadros clínicos considerados moderados para suportar o transporte via aérea. A transferência ocorreu nos aviões da Força Aérea Brasileira (FAB) (Brasil, 2021; Amazonas, 2021).

No total, 343 pacientes internados em leitos clínicos de Manaus foram transferidos para quinze cidades brasileiras: Belém, Brasília, Curitiba, Florianópolis, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Natal, Palmas, Porto Alegre, Recife, São Luís, Teresina, Uberaba e Vitória, entre os dias 15 e 26 de janeiro. A cidade de São Luís foi a que recebeu o terceiro maior número de pacientes de Manaus, um total de 39, ficando atrás somente de Goiânia que recebeu 48 e Natal 42 (Anexo D) (Brasil, 2021).

A operação foi realizada entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Executiva e o Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Na época, o centro de operações de emergência na covid-19 (COE), do Distrito Federal (DF), foi definido como a estrutura permanente da gestão da transferência. A COE/Manaus teve como encargo a definição dos

parâmetros clínicos para remoção dos pacientes e o levantamento dos pacientes que estavam aptos à transferência (Brasil, 2021).

Foram desenvolvidas cinco etapas para a transferência de pacientes de Manaus para os outros Estados do Brasil, a saber: Na 1ª Etapa a COE/DF realizou o levantamento dos leitos disponíveis na rede e informou a COE/Manaus; na 2ª Etapa a COE/Manaus definiu o local de transferência dos pacientes; na 3ª Etapa a COE/DF comunicou a equipe de embarque da FAB para preparação da aeronave e as equipes de transferência e de acolhimento dos pacientes no local de destino; na 4ª Etapa a COE/Manaus iniciou o processo de assinatura dos termos de consentimento pelos familiares e o embarque dos pacientes; na 5ª Etapa a COE/DF enviou mensagens definitivas para preparação do pouso técnico e do acolhimento dos pacientes no local de destino (Brasil, 2021).

As aeronaves da FAB tinham capacidade para transportar 18 pacientes com suporte de oxigênio, 2 médicos e 4 enfermeiros. O primeiro voo partiu da base aérea de Manaus no dia 15 de janeiro de 2021 às 06:00h para Teresina, no Estado do Piauí. Inicialmente, 13 passageiros foram transferidos, considerando que quatro não apresentaram condições estáveis e não puderam viajar. O segundo voo, no mesmo dia, saiu às 17:30h para São Luís, capital do Maranhão, trazendo 12 pacientes em condição de transporte. O critério adotado pela equipe de saúde de Manaus foi a oxigenação acima de 90%, com uso ou não de suporte de oxigênio (Brasil, 2021).

O documento da "Operação Vida" descreve, ainda, as ações de retorno, denominadas de fluxo reverso, que envolveram uma assistente social de Manaus para regular o retorno e a aquisição de passagens aéreas em voos comerciais (Brasil, 2021).

4.1.6 Acordos Internacionais para emergências sanitárias futuras

Após cinco anos do início da pandemia de covid-19, em 20 de março de 2025, foi aprovado o primeiro “Acordo Sobre Pandemias”, na 78ª Assembleia Mundial da Saúde. A comunidade internacional, composta por dezenas de países, organizações multilaterais e técnicos em saúde pública, deu um passo significativo ao firmar este acordo que tem como objetivo principal fortalecer a cooperação global diante de futuras emergências sanitárias (OMS, 2025).

Diretrizes foram propostas para compartilhamento rápido de dados epidemiológicos, financiamento de pesquisas, produção e distribuição equitativa de vacinas, visando fortalecer as capacidades de resposta dos países com o objetivo de tornar o mundo melhor preparado e capaz de promover uma resposta mais equitativa diante de futuras pandemias, buscando corrigir

falhas evidenciadas durante a crise sanitária, como a lentidão na troca de informações, a desigualdade no acesso a vacinas e insumos médicos e a falta de coordenação entre os sistemas de saúde. (OPAS; OMS, 2025).

Os acordos estão baseados em quatro pilares: 1) transparência e cooperação internacional de compartilhamento de informações em tempo real sobre surtos de doenças com potencial pandêmico; 2) equidade no acesso a insumos como vacinas, tratamentos e equipamentos que devem chegar todas as regiões do mundo; 3) criação de financiamentos internacionais para apoiar a preparação e resposta rápida nas emergências sanitárias; e 4) fortalecimento da OMS como coordenadora global e incentivo à construção de sistemas de saúde nacionais mais preparados para respostas às crises sanitárias.

Críticas nas redes sociais foram conferidas principalmente quanto aos desafios às soberanias nacionais e à implementação das obrigações assumidas. (Joseph, 2025, Westfall, 2025). Por outro lado, especialistas consideram importante aprender com as difíceis lições da pandemia de covid-19, para a garantia de um futuro mais seguro frente às possibilidades de novas crises sanitárias (Barna, 2025; Brasil, 2025).

A lição deixada pela pandemia de covid-19 expressa o compromisso contínuo entre os países em alertar sobre possíveis evidências de crises sanitárias e em colocar a solidariedade global acima dos interesses políticos e econômicos de cada país, reconhecendo que, em tempos de pandemia, ninguém está seguro até que todos estejam seguros (OPAS, 2025).

A resposta brasileira foi analisada no estudo de Monteiro e Di Giulio (2024), com base em documentos e notícias sobre o desenrolar das características da governança da crise, revelando que o Brasil foi um dos principais exemplos de uma crise democrática e sanitária no mundo, resultando na mortalidade alta em contraste com a boa capacidade institucional e de saúde pública de que dispõe o país no sistema de saúde.

No Brasil a propagação de incertezas (políticas e técnicas), sobre aspectos do consenso científico nacional e global, ajudaram a colocar em xeque os padrões mais usuais e tecnocráticos de relação entre expertise e política no país (Monteiro e Di Giulio, 2024, p. 233).

Comparando a resposta do bloco de países do BRICS, Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, (South Africa, em inglês), Martins *et al.* (2025) analisaram como as medidas de distanciamento social e vacinação foram implementadas. As respostas adotadas pelos países foram diversas e associadas a fatores políticos, sociais e econômicos. O Brasil e a África do Sul foram os últimos a registrarem os primeiros casos de covid-19 e Índia e Brasil foram os segundos a anunciar os primeiros óbitos, seguidos por Rússia e África do Sul (Le Poidevin, 2025).

Para Martins *et al.* (2025), o governo brasileiro combinou elementos que resultaram em grande incidência de mortes. O descaso e abandono das diretrizes referentes às restrições sanitárias e direcionamentos com a responsabilização dos governos estaduais e municipais, em meio a uma crise global associados à negação científica, repercutiu como a governamentalidade expôs seletivamente determinadas populações ao risco, como o ocorrido na cidade de Manaus: “fazer viver e deixar morrer” Foucault (2021b).

Arantes, Sígolo e Ghisleni (2023) afirmam que no Brasil formou-se um “necrosistema da pandemia”; conjunto de decisões políticas, institucionais e sociais que contribuíram para ampliar mortes evitáveis. Os pesquisadores defendem que as mortes de milhares de brasileiros durante a pandemia não podem ser silenciadas e observadas apenas como consequência natural da doença.

A crise sanitária em Manaus ocorreu de maneira desastrosa. Muitas violações ocorreram, pessoas morrendo asfixiadas, aumento exorbitante do valor do oxigênio e mortos sendo enterrados em valas coletivas. As políticas governamentais, no âmbito Federal, Estadual e Municipal, criaram um contexto de naturalização da morte em grande proporção Arantes, Sígolo e Ghisleni (2023).

4.2 Adoecimento, produção do cuidado e itinerários terapêuticos

4.2.1 Doença e representações sociais

As doenças sempre estiveram presentes na história e os modos de compreendê-las articulam-se às formas de organização social, de controle e de intervenção sobre a vida. As concepções de saúde e doença não se restringem ao campo biológico, elas fundamentam práticas, saberes, ações institucionais e políticas de saúde em diferentes contextos históricos (Puttini *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, saúde e doença podem ser compreendidas como processos socialmente produzidos, relacionados às condições de vida, à estrutura e à organização das sociedades em determinados períodos históricos. Tal compreensão envolve dimensões políticas, econômicas, culturais e simbólicas, incluindo crenças religiosas, sistemas de valores, práticas técnicas, formas de cuidado e saberes socialmente compartilhados (Cruz, 2011).

Essa compreensão e os fatores determinantes envolvidos no processo saúde-doença modificaram-se ao longo do tempo. No modelo biomédico, consolidou-se a concepção do corpo humano como uma máquina, cabendo à medicina intervir para corrigir falhas e restabelecer o funcionamento adequado desse mecanismo (Capra, 2012). Ao longo do século XX, marcado por importantes avanços científicos, especialmente no desenvolvimento de medicamentos e

vacinas, essa perspectiva reducionista permaneceu predominante e influenciou práticas assistenciais, formas de organização dos serviços e a produção do conhecimento em saúde. Entretanto, pesquisadores da área da saúde passaram a reconhecer que o enfrentamento de doenças, a exemplo de malária e febre amarela, extrapola intervenções biomédicas isoladas, exigindo a compreensão das interações entre condições sociais, ambientais, modos de vida e hábitos das populações (Capra, 2012).

Paralelamente, contribuições oriundas das ciências sociais e da economia ampliaram a compreensão dos processos de adoecimento, evidenciando que os problemas de saúde estão relacionados às formas de organização social e às próprias crises culturais contemporâneas. Nesse cenário, tornou-se evidente que os avanços tecnológicos na área da saúde, frequentemente associados a custos elevados, não garantem, por si só, melhoria das condições de vida da população nem acesso universal aos benefícios produzidos. Em contrapartida, investimentos em ações voltadas a problemas básicos de saúde, como diarreias, infecções respiratórias e condições relacionadas ao saneamento e à alimentação, caracterizam impacto expressivo sobre a qualidade de vida coletiva.

Para Capra (2012), o modelo biomédico produziu “custos exorbitantes sem melhorar de modo significativo a saúde do povo”, contribuindo para práticas centradas na doença mais do que nos sujeitos. Ao mesmo tempo, mudanças na formação dos profissionais de saúde e nas diretrizes de ensino passaram a incorporar uma visão ampliada do cuidado, incluindo aspectos relacionados à nutrição, habitação, trabalho, densidade populacional, acesso à água potável e demais determinantes sociais da saúde (Minayo, 2006).

A ampliação do conceito de saúde e doença foi proposta no documento de criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 e depois atualizada em 2002. A saúde, definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2002), inclui fatores biopsicossociais para a sua compreensão.

No século XXI, as contribuições da antropologia e da sociologia para a compreensão do processo saúde-doença vêm reconhecendo que as condições de saúde de uma população estão vinculadas a valores culturais e crenças sobre a saúde e doença; relações entre equipes de saúde, pacientes e familiares; lógicas das instituições de saúde e de políticas (Minayo, 2006).

As doenças são fenômenos que ultrapassam a racionalidade da medicina moderna. Sendo assim, o binômio saúde-doença em analogia a indivíduo-sociedade conforma sentidos atribuídos à doença e ao adoecimento. A construção social da doença “tem função orientadora de conduta”, uma vez que constitui maneiras de sentir, pensar e agir coletivas (Herzlich, 2005).

Para Lefevre e Lefevre (2014), a doença possui caráter dinâmico e é produzida no discurso social, articulando conhecimentos historicamente construídos, valores culturais e experiências coletivas. Nesse sentido, as representações sociais expressam formas compartilhadas de pensar, sentir e agir diante da saúde e da doença, estando enraizadas na realidade histórica e social dos grupos (Herzlich, 2005).

Estudos sobre a AIDS problematizaram como determinadas doenças podem ser atravessadas por estigmas morais e sociais. Inicialmente associada a “grupos de risco”, como homossexuais, usuários de drogas e prostitutas, a doença passou a mobilizar representações relacionadas à punição, culpa e desvio moral, reforçadas por discursos sociais e religiosos (Herzlich, 2004; Jodelet, 2017). De modo semelhante, Sontag (2007) analisa que doenças como tuberculose, câncer e AIDS foram historicamente metaforizadas, cercadas por medo, silêncio e associações simbólicas negativas, produzindo estigmatização e sofrimento social para além da dimensão biológica do adoecimento.

As doenças referidas por Sontag (2007) são vistas como “mau agouro, abominável, repugnante aos sentidos. Sontag (2007) chama a atenção que a tuberculose ganhou uma representação de uma doença da pobreza e da privação, sendo associada a privação de alimentação adequada e hábitos de higiene inadequados. Já o câncer, associado a uma doença de classe média, a fartura e ao excesso, constantemente diagnosticada e com maiores incidências em países ricos, com avanços industriais, no qual se associam a fumaças tóxicas e o acesso a dietas mais ricas em gorduras e proteínas (Sontag, 2007).

Mesmo com os avanços tecnológicos e científicos, persistem representações sociais que associam determinadas doenças à morte, à vergonha e ao tabu (Sontag, 2007) historicamente cercadas por metáforas e significados morais, produzindo medo, silêncio e estigmatização social. Além disso, essas representações também se articulam a questões de classe, sexualidade e controle social, como evidenciado nos estudos sobre sífilis, que mostram como determinadas doenças passaram a ser tratadas não apenas como problemas individuais, mas como ameaças morais e coletivas (Carrara, 1996).

Assim como Sontag (2007) discutiu o lugar das metáforas na experiência da doença, Gomes, Mendonça e Pontes (2002) apostam como abordagem metodológica as narrativas e os enunciados metafóricos dos que são acometidos por uma doença. Para eles, as narrativas, “expressariam as relações intersubjetivas (e os caminhos de sua produção-reprodução) e os enunciados metafóricos expressariam tensões, conflitos e absurdidades, permitindo a criação de novos significados contra os usos estabelecidos pela linguagem” (Gomes; Mendonça e Pontes 2002, p.1212).

A covid-19 emergiu como uma doença desconhecida, de alta transmissibilidade e de capacidade letal, trazendo discursos de tensões e de conflitos ideológicos que foram transformados no decorrer do monitoramento e enfrentamento da doença (Almeida *et al.*, 2021). Apesar de ser um evento global, o novo coronavírus se materializou na especificidade histórica de cada localidade e “no processo de tornar o não-familiar em algo familiar, as percepções sobre o vírus foram se modificando” (Wolter, 2022, p. 78).

Barata (2024) analisa as transformações históricas na investigação epidemiológica de surtos e epidemias, evidenciando mudanças nas formas de compreender, estudar e controlar doenças coletivas. A autora destaca que, embora tenham sido incorporadas análises quantitativas cada vez mais sofisticadas, a compreensão das epidemias e das respostas sociais por elas mobilizadas requer a articulação entre dimensões biológicas, sociais e históricas. Nessa perspectiva, as doenças estão diretamente relacionadas às condições de vida e às formas de organização das sociedades.

Estudos sobre as representações sociais da covid-19 mostram que a doença foi interpretada não apenas como ameaça biológica, mas também como experiência social e emocional, afetando rotinas, relações familiares, trabalho, religiosidade e acesso aos serviços (Wolter, 2022). Ao mesmo tempo, a pandemia expôs desigualdades sociais, tensões em torno da ciência e da vacinação, além da centralidade atribuída ao Estado, ao SUS e aos profissionais de saúde no enfrentamento da crise (Guerrero *et al.*, 2025). Assim, as representações sociais produzidas em torno da covid-19 revelam como os significados atribuídos às doenças são historicamente construídos e atravessados pelas experiências coletivas e pelas condições concretas de vida.

Em uma análise sobre as metáforas da covid-19 em um município do Rio Grande do Sul, a partir das concepções de Jodelet (2017), Wolter (2022) informa que para os moradores as principais mudanças sentidas estavam relacionadas ao lazer, à educação e ao acesso aos serviços. As mudanças na rotina e a intensificação do uso de tecnologias digitais acentuaram desigualdades sociais. O autor expôs a ausência da gestão do Estado, que não garantiu políticas de proteção social e não considerou medidas de enfrentamento ao vírus logo que anunciadas pela OMS, implicando em prejuízos de acesso e possibilidade de assistência pelo sistema de saúde. No contexto da pandemia de covid-19, a doença foi interpretada não apenas como uma ameaça à saúde física, mas também como um desafio emocional e social.

Guerrero *et al.* (2025) analisaram as representações sociais da covid-19 entre adultos e idosos que estiveram internados pela doença na cidade de Recife, no Estado de Pernambuco, Brasil em um hospital público. Os pesquisadores, realizaram entrevistas com 32 pessoas com

40 anos ou mais, que haviam sido internadas por covid-9 e receberam alta hospitalar. “A fase pós alta hospitalar foi considerada por ser um tempo apropriado para haver familiarização com o objeto da representação, portanto, de elaboração de práticas em torno da doença” (Guerrero *et al.* 2025, p.3).

Dentre os temas elencados estão: os sintomas da covid-19 e as interpretações a partir de sintomatologia similar em outras doenças; os recursos assistenciais disponíveis no sistema de saúde e a avaliação sobre o cuidado em saúde, incluindo gratidão aos profissionais e reconhecimento das suas dificuldades na assistência; o impacto nas suas rotinas, após a alta hospitalar, o enfrentamento das dificuldades nas atividades da vida diária, resultando em limitações ou dependência; as informações e as atitudes em relação à vacinação. A adoção de medidas preventivas mais rigorosas contra a vírus; a espiritualidade e religiosidade como recursos basilares para lidar com as incertezas e sensação de impotência durante as fases iniciais, recuperação e o convívio pós-covid-19 (Guerrero *et al.*, 2025).

Guerrero *et al.* (2025) ao analisarem as representações sociais da covid-19, observaram como o conhecimento da esfera científica é refletido no cotidiano das pessoas, constituindo-se como parte de suas práticas diárias, do conhecimento popular compartilhado e do senso comum. Apesar da mídia ter desempenhado papel crucial, veiculando conteúdos sobre formas de contágio, prevenção, tratamento e número de mortes massivamente, houve produção de conhecimento pelas recomendações das equipes de saúde.

4.2.2 Produção do cuidado em saúde

A experiência da doença não se encerra nos significados atribuídos ao adoecimento. Ela mobiliza práticas concretas de busca por cuidado, relações entre sujeitos e instituições, bem como diferentes modos de organização da assistência à saúde. Assim, compreender o adoecimento implica também analisar como o cuidado é produzido nos serviços de saúde e nos diferentes espaços da vida social.

A produção do cuidado envolve o trabalho em saúde, as interações entre usuários, profissionais e instituições, os modos de organização dos serviços e as tecnologias mobilizadas no atendimento às necessidades de saúde. Para além de procedimentos técnicos, o cuidado constitui uma prática social relacional, atravessada por disputas, limites institucionais, condições de trabalho, vínculos, acolhimento e processos de humanização da assistência.

Em contextos de crise sanitária, como na pandemia de covid-19, essas dimensões tornam-se ainda mais evidentes. A sobrecarga dos serviços, a reorganização dos fluxos assistenciais, a escassez de recursos e as desigualdades de acesso tensionaram as práticas de

cuidado e elucidaram os desafios enfrentados pelos trabalhadores de saúde e pela população na busca por assistência. Assim, discutir a produção do cuidado em saúde torna-se fundamental para compreender como os sujeitos experienciam o adoecimento e constroem seus percursos terapêuticos em contextos marcados por vulnerabilidades, incertezas e colapso assistencial.

As relações de saber-poder presentes nas organizações de saúde e expressas nas intervenções dos profissionais configuram dimensões centrais para compreender o fazer em saúde e suas interfaces com a vida social. Para Minayo (2006), essas relações “devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das relações entre indivíduos e a sociedade (p. 195)”, uma vez que o cuidado em saúde envolve não apenas conhecimentos técnicos, mas também valores, disputas, normas institucionais e modos de organização social.

Nesse contexto, Merhy (2013) analisa a produção do cuidado a partir do modelo tecnológico em saúde, compreendendo o trabalho em saúde como um “trabalho vivo em ato”, produzido no encontro entre trabalhadores, usuários e familiares.

Para esse autor, o cuidado resulta de constantes arranjos e articulações entre diferentes tecnologias. As tecnologias duras correspondem aos equipamentos, estruturas físicas e insumos utilizados na assistência, como tomógrafos, respiradores, oxigênio e medicamentos. As tecnologias leve-duras referem-se aos conhecimentos técnico-científicos que orientam as práticas profissionais e organizam os diferentes campos disciplinares da saúde. Já as tecnologias leves dizem respeito às dimensões relacionais do cuidado, envolvendo acolhimento, vínculo, escuta e interação entre profissionais e usuários (Merhy, 2013).

Na pandemia de covid-19, a centralidade dessas tecnologias tornou-se ainda mais evidente. As tecnologias duras foram fundamentais para o enfrentamento da doença, no entanto, suas limitações também expuseram desigualdades estruturais nos sistemas de saúde. Em Manaus, por exemplo, o colapso assistencial evidenciou a insuficiência de recursos, especialmente diante da escassez de oxigênio, da sobrecarga dos serviços e do adoecimento dos próprios profissionais de saúde, tornando necessária a transferência de pacientes para outros estados da federação (Brasil, 2021).

As tecnologias leve-duras, expressas nos protocolos clínicos, testagens e medidas de isolamento, assumiram papel central na organização da assistência durante a pandemia, buscando garantir um cuidado baseado em evidências científicas. Contudo, a rápida disseminação da covid-19, associada ao desconhecimento inicial sobre o vírus, à circulação de desinformações e à constante produção de novos conhecimentos, resultou em frequentes alterações nos protocolos assistenciais dificultando a consolidação e padronização das condutas, especialmente nos primeiros momentos da pandemia.

Esse cenário gerou insegurança e dificuldades para os profissionais de saúde, que precisavam reorganizar continuamente suas práticas diante de recomendações muitas vezes provisórias e em constante atualização. Conforme discutem Mantesso *et al.* (2024), a gestão hospitalar em contexto de crise sanitária exigiu tomadas de decisão rápidas em meio às incertezas, evidenciando os desafios enfrentados pelos trabalhadores da saúde na adaptação às mudanças constantes das diretrizes clínicas e organizacionais.

Ao mesmo tempo, a crise sanitária ressaltou a importância das tecnologias leves, expressas nas estratégias de acolhimento, comunicação, apoio às famílias e sustentação cotidiana do cuidado em contextos marcados pela incerteza e sofrimento. Mesmo em um cenário marcado pela centralidade das tecnologias duras — como leitos de UTI, respiradores e vacinas —, as tecnologias leves permaneceram fundamentais para a sustentação de um cuidado integral e humanizado (Moura *et al.*, 2022).

Estratégias de comunicação entre pacientes e familiares (utilizando videochamadas, mensagens e registros fotográficos), escuta sensível, apoio emocional e acolhimento tornaram-se recursos essenciais diante do isolamento e das restrições. Essas tecnologias relacionais mostraram-se indispensáveis tanto no cuidado aos pacientes e familiares quanto no apoio aos próprios trabalhadores da saúde, especialmente aqueles da linha de frente, contribuindo para o enfrentamento do sofrimento, da exaustão e do adoecimento psíquico (Moura *et al.*, 2022).

No entanto seus limites tornaram-se evidentes diante da sobrecarga de trabalho das equipes de saúde, que comprometeu a capacidade de escuta, empatia e acolhimento, além de produzir intenso desgaste emocional entre os profissionais, com repercussões diretas na assistência prestada. Nesse contexto, as fragilidades do cuidado ultrapassaram a dimensão técnica, afetando o próprio processo saúde-doença e exigindo constantes reorganizações institucionais, fortemente atravessadas pelas desigualdades sociais e econômicas (Moura *et al.*, 2022).

A busca por atendimento passou a ocorrer em meio à superlotação dos serviços, insuficiência de leitos, dificuldades de regulação e fragmentação das redes assistenciais, exigindo constantes deslocamentos e adaptações por parte dos usuários e de suas famílias, submetidos a peregrinação entre serviços, atraso e, às vezes, interrupções do tratamento. Nessas circunstâncias, usuários e familiares passaram a construir diferentes estratégias para acessar cuidado, mobilizando deslocamentos, redes de apoio e múltiplas formas de busca por atendimento em meio às incertezas produzidas pela crise sanitária.

4.2.3 Itinerários terapêuticos e busca por cuidado

Os itinerários terapêuticos constituem importante ferramenta analítica para compreender os caminhos percorridos pelos sujeitos na busca por cuidado, bem como os sentidos atribuídos às experiências de adoecimento, acesso aos serviços e tratamento (Gerhardt *et al.*, 2016).

O conceito de itinerário terapêutico permite descrever os fluxos de circulação dos sujeitos, os processos de escolha, avaliação e adesão às formas de tratamento e os recursos disponíveis em determinado contexto social. Mais do que descrever deslocamentos entre serviços, os itinerários terapêuticos possibilitam analisar como indivíduos, famílias e redes de apoio constroem estratégias de cuidado diante das condições de adoecimento (Gerhardt *et al.*, 2016).

A busca por cuidado não ocorre de forma linear, racional ou previamente organizada, conforme frequentemente pressupõem os modelos normativos de atenção à saúde. Os sujeitos percorrem trajetórias marcadas por incertezas, negociações, interrupções e rearranjos contínuos, produzidos pelas experiências de adoecimento e pelas possibilidades concretas de acesso aos serviços. Bonet (2006; 2014) destaca que a procura por cuidado se inicia a partir da percepção do adoecimento ou da intervenção das redes de apoio próximas — familiares, amigos, vizinhos ou membros da comunidade — que influenciam decisões, orientações e encaminhamentos ao longo do percurso terapêutico.

Como crítica à noção de trajetórias lineares e fixas, Tim Ingold (2012) sugere pensar os itinerários terapêuticos como trajetórias dinâmicas e interconectadas, semelhantes a linhas que se entrelaçam em uma malha, refletindo as complexas redes de relações e interações que os pacientes estabelecem ao buscar cuidados de saúde. A partir dessa ideia, Bonet (2014) compreende os itinerários terapêuticos como redes construídas em processos fluidos e contingentes, constituídos pelas interações entre pacientes, familiares, trabalhadores da saúde e instituições. Assim, os caminhos percorridos na busca por cuidado não seguem direções estáveis ou previamente definidas, mas se reorganizam continuamente conforme as circunstâncias do adoecimento, as temporalidades da doença e as possibilidades de acesso ao cuidado.

Nessa perspectiva, os itinerários terapêuticos envolvem processos permanentes de circulação entre diferentes serviços, instituições e formas de cuidado. Os sujeitos transitam entre atendimentos formais, como ambulatorios, hospitais e serviços de emergência, e práticas populares ou comunitárias, incluindo igrejas, benzedadeiras, redes solidárias e outras formas de

apoio social. Esse trânsito evidencia que o cuidado é produzido por meio da articulação entre redes formais e informais, frequentemente acionadas de maneira simultânea ou complementar diante das necessidades impostas pelo adoecimento (Gerhardt *et al.*, 2016).

As decisões relacionadas à busca por cuidado também são atravessadas pelas dinâmicas familiares e pelas condições sociais de vida. A definição sobre quando procurar atendimento, qual serviço acessar, permanecer ou interromper tratamentos, deslocar-se entre unidades ou recorrer a outras estratégias terapêuticas envolve processos coletivos de avaliação e negociação. Nesse sentido, os itinerários terapêuticos expressam não apenas escolhas individuais, mas experiências compartilhadas, condicionadas por desigualdades sociais, disponibilidade de recursos, vínculos afetivos, informações acessíveis e possibilidades concretas de mobilidade e acesso aos serviços (Bonet, 2014).

Segundo Bonet (2014) essas trajetórias são complexas e marcadas por processos de peregrinação entre serviços de saúde, longos períodos de espera, ausência de leitos, dificuldades de regulação e rupturas na continuidade do cuidado. Quando a circulação dos pacientes passa a ocorrer em cenários de superlotação e escassez de recursos, experiências de sofrimento e vulnerabilidade são ampliadas. Nessas situações, os itinerários deixam de representar apenas percursos assistenciais e passam a revelar as fragilidades das redes de atenção e os limites da capacidade de resposta dos sistemas de saúde (Gerhardt *et al.*, 2016).

Compreender o adoecimento como experiência socialmente produzida e vivida implica considerar diferentes temporalidades: o tempo da doença, o tempo da espera por atendimento, o agravamento clínico, as urgências institucionais e os ritmos impostos pelas redes de cuidado. São estas dinâmicas que, por sua vez, conformam experiências distintas e desiguais de acesso à saúde. Gerhardt *et al.* (2016) estudaram os itinerários terapêuticos de famílias de baixa renda na cidade de Paranaguá no Paraná, retratando a utilização de terapêuticas médicas e não médicas (caseiras) no enfrentamento de problemas de saúde. As estratégias utilizadas para acessar o setor formal de cura incluíram relações familiares, vizinhança e outras redes solidárias.

Itinerários terapêuticos de usuários de planos de saúde em condições específicas de problema de saúde (câncer, alcoolismo, IAM e parto) são retratados por Cabral *et al.* (2011). Com enfoque nos três setores - o profissional, o informal e o popular - e a partir de diversos arranjos, no mix público-privado, os autores abordam as lacunas do acesso e a integralidade da atenção em saúde.

Alves (2016) destaca que os estudos sobre itinerários terapêuticos, no campo das Ciências Sociais em Saúde, abrangem ampla diversidade de temáticas e distintas perspectivas

teórico-metodológicas. Ao analisar pesquisas que utilizam esse conceito, identificou duas grandes ordens explicativas. A primeira refere-se às construções cognitivas e simbólicas relacionadas ao adoecimento e ao cuidado, envolvendo significados, escolhas, decisões terapêuticas, valores, emoções e concepções sobre doença e sofrimento. A segunda diz respeito às dimensões socioeconômicas e estruturais, relacionadas às desigualdades sociais, condições de vida, organização familiar, relações de gênero e questões étnico-raciais que atravessam tanto a busca por cuidado quanto o acesso e a oferta de serviços de saúde.

A partir dessas duas ordens explicativas, Alves (2016) identifica quatro eixos temáticos recorrentes e inter-relacionados nas pesquisas sobre itinerários terapêuticos. O primeiro refere-se às estratégias mobilizadas pelos sujeitos para enfrentar e resolver problemas de saúde; o segundo diz respeito à caracterização de modelos, padrões e percursos de tratamento ou cura; o terceiro aborda o trânsito dos pacientes entre diferentes subsistemas de cuidado; formais, informais e populares; e o quarto concentra-se no funcionamento, na organização e nas limitações dos serviços de saúde.

Em contextos de emergência sanitária, essas estratégias tornam-se ainda mais aceleradas, instáveis e imprevisíveis, evidenciando como os percursos assistenciais são atravessados simultaneamente por sofrimento, gestão da vida e disputas em torno da produção do cuidado. Almeida *et al.* (2023) analisaram as trajetórias assistenciais de usuários diagnosticados, internados e em reabilitação decorrente da covid-19, nas redes de atenção à saúde (RAS), no Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. As experiências dos entrevistados apontam que a principal fonte de informação sobre a doença foram os telejornais; as medidas preventivas mais adotadas foram a higienização e a família foi a principal rede de apoio. O acesso à internação foi analisado quanto ao tempo de espera e a internação foi bem avaliada em função do acolhimento, do cuidado multiprofissional, das visitas virtuais e do contato diário do médico com os familiares.

Alves *et al.* (2023) identificaram a continuidade no pós-alta como “vácuo assistencial”, com ausência de seguimento, principalmente nos casos de necessidade de reabilitação pelas sequelas da covid-19. Para estes pesquisadores, as trajetórias assistenciais solitárias e descontínuas de indivíduos e famílias revelaram diversos desafios ao sistema de saúde, além da manutenção das medidas de apoio social.

Bonet (2014) denominou de itinações os caminhos percorridos durante os itinerários terapêuticos, associando-os às linhas que conformam redes criadas a partir da interação entre pacientes, familiares e trabalhadores da saúde em situações específicas. Durante um percurso terapêutico, os indivíduos ao mesmo tempo que se movimentam com base nas disponibilidades

circunstanciais, compartilham pensamentos, valores, atitudes e explicações sobre a doença em suas interações sociais. Por isso, as experiências são construções intersubjetivas, pois seus significados são constantemente negociados entre pacientes, sua família, profissionais de saúde, entre outros (Bonet, 2014; 2006).

Reis e Franch (2022), apresentaram a experiência de adoecimento por covid-19 de uma mulher na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, utilizando a ideia de Bonet de itinerância. No estudo de caso, uma enfermeira que teve diagnóstico de covid-19, e que trabalhava em uma farmácia na época da primeira onda da pandemia, são apresentadas e analisadas as experiências de adoecimento, a rede de apoio após os sintomas, a itinerância em busca de cuidados, desde o adoecimento até sua recuperação.

É nesse contexto de doença pandêmica que os itinerários terapêuticos de pacientes provenientes de Manaus são analisados. Esta perspectiva teórico-analítica permitiu compreender as experiências de adoecimento, articulando estratégias de pacientes e familiares na busca por cuidados, assim como possibilitou interpretar as perspectivas de trabalhadores da saúde acerca deste fenômeno de alcance global.

4.3 Experiências, sofrimento, emoções e reconstrução da experiência

4.3.1 Experiências de adoecimento

A experiência não é apenas uma vivência isolada de eventos, mas também envolve uma dimensão interpretativa, na qual os indivíduos atribuem significados às suas vivências. Na perspectiva socioantropológica, essa construção de significados é um processo social em que experiências ganham sentido a partir das narrativas coletivas (Alves, 2006).

O significado das experiências também é mediado por ideologias dominantes, como o capitalismo e o individualismo. O trabalho, o consumo e o sucesso pessoal, por exemplo, são experiências frequentemente interpretadas à luz de narrativas que exaltam a produtividade e a realização individual, moldando a forma como os indivíduos entendem o valor de suas ações e decisões (Alves, 2006).

A experiência humana, em processo de adoecimento, quando analisada sob uma fundamentação sociológica e antropológica, revela-se como um fenômeno complexo, imerso nas dinâmicas sociais, culturais e históricas. A experiência não é simplesmente um evento subjetivo e isolado, pelo contrário, é moldada e definida pela interação constante do indivíduo com o seu meio social e cultural, que, por sua vez, é construído a partir de estruturas de poder, normas, valores e significados compartilhados (Rabelo; Alves e Souza, 1999).

A partir da perspectiva de Alves (2006), pela análise fenomenológica, experiência é vista como uma vivência intersubjetiva, na qual os indivíduos não apenas reconhecem e interpretam suas dinâmicas de adoecimento e busca por tratamento, mas também atribuem significados a elas, influenciados por contextos socioculturais em que estão inseridos. A partir das narrativas é possível compreender a relação entre os significados compartilhados, negociados culturalmente e as experiências individuais.

A fenomenologia compreende a experiência vivida na perspectiva do sujeito, considerando o corpo como centro da percepção e da existência no mundo (Alves, 2006). Alves (2006) ao analisar como o sofrimento, o cuidado, o medo e a dor são sentidos, percebidos e narrados pelos sujeitos, em contextos de saúde, a caracteriza como experiências não podem ser estudadas desconectadas dos contextos históricos, sociais e políticos.

Nessa perspectiva, o adoecimento é vivido interação com os demais indivíduos passando a ser compartilhados. A experiência de adoecimento e busca por cuidados, requer uma abordagem que considere não apenas os aspectos biológicos, como também, os elementos simbólicos, sociais e históricos que a permeiam (Rabelo; Alves e Souza, 1999).

A experiência não é apenas algo vivido pelo sujeito, como uma reação espontânea a eventos externos. A experiência participa da constituição do eu por meio de práticas, como a linguagem e o silêncio presentes na convivência com sofrimentos compartilhados socialmente. Ela foca na experiência como tentativa de dar “forma” àquilo que desestabiliza o cotidiano ou escapa à nomeação (Das, 2020a; 2011).

Ao analisar a experiência das pessoas em contexto de violência, como raptos, estupros e necessidade de deslocamento para outras regiões, ocorrida durante a Partição da Índia, principalmente nas experiências das mulheres na região do Punjab, Venna Das (2011) explica como estas experiências se incorporam ao cotidiano e à estrutura das relações sociais. "A experiência não é algo simplesmente registrado pelo eu, mas algo que participa da constituição do próprio eu" (Das, 2020a, p.15).

Venna Das (2011) apresenta a partir da história uma jovem viúva, explorando como as mulheres elaboram e narram suas experiências de sofrimento. Apesar da estrutura social da Índia, colocar as mulheres em uma posição de vítimas simbólicas da nação, a autora mostra como as mulheres atuam como sujeitos que interpretam e ressignificam a violência por meio de práticas culturais, rituais e narrativas de luto, entendido como testemunho, que seria o ato de dar voz à violência e à perda das relações sociais destruídas pelos conflitos de violência.

Testemunhar não significa apenas relatar fatos, mas inscrever a experiência da violência na vida cotidiana, transformando o extraordinário em parte do mundo ordinário, não podendo

ser percebido apenas como um evento histórico, uma vez que esses acontecimentos permanecem nas práticas sociais, na memória e nas formas pelas quais as pessoas reorganizam suas vidas após um evento traumático, disruptivo (Das, 2011).

Venna Das (2020a, 2011), ao investigar como contextos de conflitos políticos, sociais e comunitários se inscrevem na vida cotidiana, discute o conceito de evento crítico e como eles são incorporados e normalizados no cotidiano. Um evento traumático, disruptivo, passa a ser percebido como um evento extraordinário, que acaba por se infiltrar no cotidiano das pessoas, transformando suas experiências.

Eventos disruptivos que provocam rupturas em vários níveis, nas relações sociais, familiares e individuais, são denominados de evento crítico que tem um efeito prolongado do modo como as pessoas continuam suas vidas. A autora explica que o evento crítico, o extraordinário, faz uma fusão com o cotidiano, com o ordinário. Inicialmente, vivenciados como algo extraordinário, por trazer sofrimento, medo e desorganização da vida cotidiana (Das, 2020a).

Apesar da pandemia de covid-19 não ter representado uma violência nos termos descritos por Venna Das (2020a), busca-se propor analogias uma vez que eram rotinas foram alteradas de forma abrupta. O contexto da pandemia de covid-19 pode ser compreendido como evento crítico, percebido como um evento traumático que acabou sendo incorporado no cotidiano e na continuidade de suas vidas.

A pandemia rompeu com a normalidade da vida cotidiana, desencadeando medo e sofrimento, exigindo respostas novas para lidar com a situação. Assim, a crise sanitária pode ser considerada como um evento disruptivo que produziu várias estratégias, como o distanciamento social, uso das máscaras, lavagem das mãos, trabalho e ensino à distância, mudanças dos rituais fúnebres e a vacinação (Saraiva *et al.*, 2024; Pessoa; Mantovani, 2022).

Venna Das (2022b) fez uma reflexão sobre sua experiência na pandemia de covid-19, abordando suas incertezas e como percebeu as respostas éticas emergentes no cotidiano. Para ela, a crise sanitária desestabilizou as rotinas, exigindo novas formas de engajamento ético com o mundo.

4.3.2 Sofrimento, emoções e o silêncio como forma de seguir em frente

O estudo realizado por VÍctora, Schuch e Siqueira (2021), utilizando a noção de evento disruptivo de Das (2020a), analisou como o cotidiano de uma família branca, de classe média, residente no sul do país foi modificado, percebido e incorporado no dia a dia. Os autores argumentaram que o espaço doméstico, além de estrutura fundamental de cuidado no cenário

brasileiro daquele momento, com interferências políticas e midiáticas, necessitou de reorganização permitindo que o ensino à distância de crianças e adolescentes e o trabalho em *home office* fossem divididos entre as gerações (avós, filhos e netos) da família entrevistada, refletindo como as novas formas de habitar e continuar a vida em tempos de crise (Víctora, Schuch e Siqueira, 2021).

Outro ponto que aproxima os estudos de Das (2020a) com as experiências de sofrimento na pandemia e a reorganização da vida, é sobre a relação entre linguagem e sofrimento, apresentando como as vítimas narram e processam a um evento crítico, através do silêncio e como as pessoas encontram maneiras de continuar vivendo, mesmo após essas experiências traumáticas (Viana, 2020).

O sofrimento desencadeia várias emoções, que são compreendidas por Das (2020a) como experiências relacionais, situadas e vivenciadas no dia a dia; inscritas em práticas cotidianas. Emoções são experienciadas não como expressões de uma subjetividade, mas como formas de estar no mundo em relação ao outro, como por exemplo, cuidar de alguém doente, seguir vivendo após um trauma ou até mesmo, mantendo o silêncio sobre um fato experienciado como doloroso.

Para Das (2020a), o silêncio não é simplesmente a ausência de fala, mas uma forma de expressão, resistência e cuidado, especialmente em contextos de sofrimento. Assim, o silêncio pode representar questões éticas e afetivas que muitas vezes dizem mais do que as palavras. “A dor não precisa ser transformada em narrativa para que se possa viver com ela. Às vezes, a recusa em narrar também é uma forma de viver com a dor” (Das, 2020a, p.9).

Situadas no corpo, as emoções são compreendidas como fenômenos, padrões de sentimento e ação aprendidos socialmente e internalizados. Na abordagem essencialista, as emoções estão ancoradas na dimensão psicobiológica do indivíduo e são percebidas como constantes e universais. Na perspectiva contextualista, a emoção é algo que emerge na interação social: “surgem perpassadas por relações de poder, estruturas hierárquicas ou igualitárias, concepções de moralidade e demarcações de fronteiras entre os grupos sociais” (Rezende; Coelho, 2010, p.78).

As emoções constituem uma dimensão fundamental da vida social e não podem ser compreendidas apenas como manifestações individuais, naturais ou universais. No campo da antropologia e da sociologia das emoções, diferentes autores (Rezende; Coelho, 2010; Das, 2020a) têm discutido que sentir, expressar e interpretar emoções são processos social e culturalmente construídos, atravessados por valores, relações sociais, contextos históricos e formas de organização da vida coletiva.

Medo, angústia, sofrimento, esperança, culpa e luto não correspondem apenas a estados internos dos sujeitos, mas também a formas socialmente compartilhadas de atribuir sentidos às experiências vividas. As emoções realizam o trabalho micropolítico de dramatizar, reforçar ou subverter as relações sociais (estruturais) presentes nas interações interpessoais na busca por cuidado em saúde, como o medo da doença e da morte e a compaixão para com quem está enfermo.

No contexto brasileiro, Rezende e Coelho (2010) compreendem as emoções como fenômenos relacionais, produzidos nas interações sociais e articulados a sistemas culturais de significação. Para as autoras, as emoções não apenas expressam experiências subjetivas, mas participam ativamente da construção das relações sociais, influenciando modos de agir, interpretar acontecimentos e estabelecer vínculos. Dessa forma, sentimentos como medo ou esperança são vividos de maneira situada, conformados pelas condições sociais e pelos repertórios culturais disponíveis em cada contexto.

Essa perspectiva torna-se particularmente relevante em situações de crise sanitária, nas quais as emoções passam a organizar práticas cotidianas, decisões relacionadas à busca por cuidado e futuramente novas formas de convivência social. No Brasil, um memorial foi criado na rede social *Instagram*, denominado "Relicários da Pandemia" (Diniz 2021). São obituários de mulheres que perderam a vida em decorrência da covid-19. O objetivo é preservar e homenagear as memórias. Nele os "relicários", como um "santuário da memória", trazem um olhar crítico para a orfandade da pandemia de covid-19, valorizando números e histórias, que vão além dos dados estatísticos (Moresco, 2023).

Para Moresco (2023, p.416), os álbuns do relicário não representam uma política do sofrimento, mas da "possibilidade de materializar, corporificar e de reconhecer as vidas biografadas, permitindo homenagear a vida e viver o direito ao luto, transformando-o em político, público e coletivo diante da sua interdição pela pandemia da Covid-19". O relicário torna viva a memória das "mulheres-relíquias" e possibilita a criação de vínculos coletivos, a construção de novas interpretações da realidade, possibilitando o reconhecimento e a inteligibilidade de vidas que antes não eram reconhecidas (Moresco, 2023).

A pandemia de covid-19 apesar de um fenômeno global que provocou ruptura social no mundo inteiro, tanto nas esferas da vida social, como na economia, na saúde, na educação e no trabalho, também provocou rupturas na esfera individual em um momento de crise política e da saúde, como no Brasil (Moresco, 2023).

No contexto dos profissionais de saúde há um outro tipo de ruptura. Treinados durante suas formações, para lidar com o imprevisível, com a morte e sofrimento, esses trabalhadores

são tomados em seu cotidiano do fazer saúde, em seus modos do cuidado, várias mudanças. Com as crises sanitárias mudam os protocolos, mudam as regras profissionais, as regras dentro da organização do trabalho, exigindo um novo sentido para o trabalho em saúde (Almeida, 2025).

O fenômeno global da pandemia de covid-19 acabou enquanto emergência sanitária, mas, suas repercussões na vida dos que tiveram as inúmeras rupturas em suas vidas, continuam. A crise sanitária no Brasil, o colapso do sistema de saúde em Manaus e o excesso de mortes foram vivenciados como uma violência, sobre a qual não se fala, tem um silêncio sobre. Vale destaque que ao finalizar dessa tese, um movimento de quebra de silêncio foi iniciado. Em 11 de maio de 2026, o Governo Federal atual, sancionou a lei que institui o Dia Nacional em Memória das Vítimas da Covid-19, o Projeto de Lei (PL) 2.120/2022, de autoria do deputado Pedro Uczai (Brasil, 2026).

Só tem sentido a gente criar alguma coisa para lembrar o passado se a gente conseguir cravar o nome de quem foi responsável. Quando nós escolhemos um dia para rememorar alguma coisa, é preciso que a gente comece a dizer os nomes das pessoas que participaram disso. Porque para quem está na política, se algo não é permanentemente lembrado, as coisas caem no esquecimento. Portanto, parabéns às entidades que se mobilizaram e aos parlamentares que tiveram a coragem de aprovar esse projeto. Um dia, nós mudaremos esse mundo e a ignorância não vai prevalecer em lugar nenhum, assim como a justiça será feita (Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, 2026).

Até a data do PL, o silêncio apresentava-se como uma única forma de continuidade frente às rupturas, perdas e prejuízos que a pandemia trouxe. Esse silêncio não significa que as experiências vividas tenham sido efetivamente elaboradas ou resolvidas. Os eventos críticos, assim como as experiências de sofrimento e luto produzidas nesses contextos, em alguma medida, representam formas de violência inscrita na vida das pessoas e precisam ser visibilizadas (Das, 2020a).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2014).

5.2 Local e Período de Estudo

Como local de pesquisa o ponto de partida foi o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) localizado em São Luís. “O HU-UFMA é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS. Por suas características de natureza pública, atende a todos, sem distinção, respeitando os princípios éticos das profissões, integra à estrutura orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Composto por duas unidades hospitalares: Presidente Dutra e Materno Infantil, e por nove anexos externos ambulatoriais. A Unidade Presidente Dutra é um centro de formação para a área da saúde, 100% financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e referência em alta complexidade. Este hospital, durante a pandemia, teve sua estrutura física reorganizada com alas específicas para atender aos pacientes com covid-19, inclusive com aumento de leitos.

A pesquisa envolveu somente a Unidade Presidente Dutra, sendo excluída a Unidade Materno-Infantil por ser a unidade que atende gestantes, puérperas e crianças recém-nascidas e não ter recebido pacientes com covid-19 nas primeiras e segundas ondas.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas, a primeira ocorreu entre março e setembro de 2022 com os trabalhadores da saúde e a segunda ocorreu entre janeiro e julho de 2023 com os pacientes e familiares.

5.3 Participantes do Estudo e Amostra

Este estudo teve como participantes pacientes que estiveram internados com covid-19, seus familiares e os trabalhadores da saúde.

Como **critério de inclusão** fizeram parte do estudo apenas pacientes que foram transferidos para São Luís, no HU-UFMA, entre os meses de janeiro e março de 2021 durante o colapso do sistema de saúde de Manaus, os familiares que receberam informações sobre os pacientes responsáveis diretos pelos pacientes entrevistados, independente dos laços familiares

e os trabalhadores efetivos ou contratados que estiveram ligados à assistência destes pacientes na Unidade Presidente Dutra.

A amostra foi definida intencionalmente, em cada segmento de entrevistados, buscando contemplar a diversidade do universo do estudo a partir dos critérios de inclusão descritos a seguir e a partir de características identitárias tais como situação conjugal, idade, número de filhos, escolaridade, renda; características clínicas durante a transferência dos pacientes; e de situações vividas para os três grupos da amostra.

No que se refere aos pacientes foram levantados um número de 39 pacientes de Manaus, contudo a amostra inicial foi definida a partir da identificação de 32 pacientes, visto que 7 faleceram durante a internação em São Luís. O fechamento amostral para os pacientes (12) também se deu por exaustão, quando se teve mais retorno de outros pacientes contactados. Houve também o fechamento amostral pela técnica de saturação de sentidos, percebido na oitava e confirmada até a décima segunda entrevista.

A amostra de familiares (10) foi por conveniência e obedeceu a correlação de um entrevistado para cada paciente no fechamento amostral, sendo que um familiar se recusou a participar e o outro não respondeu aos contatos.

Em relação aos profissionais, o banco de dados inicial contava com 20 entrevistados, trabalhadores contratados pela EBSEH e 02 entrevistas do serviço de apoio, profissionais de empresas contratadas. As categorias de profissionais foram escolhidas considerando aquelas que, mais diretamente, tiveram contato com os pacientes, seus familiares e com os espaços de cuidado. Estes trabalhadores da saúde, atuaram na primeira e segunda onda da pandemia de covid-19.

Foram selecionados aqueles relacionados à assistência (11): médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem; profissionais de saúde que assumiram função de gestão (09) e os relacionados aos serviços de apoio maqueiro (02). Foi solicitado a relação dos motoristas de ambulância ao gestor do setor, porém sem êxito, sendo justificado que os motoristas que estavam atuando na época da coleta de dados, já não são os mesmos que atuaram durante a pandemia. O fechamento amostral foi por exaustão para os gestores, saturação de sentidos para os trabalhadores da assistência e por conveniência para os maqueiros.

A amostra por exaustão está relacionada à inclusão de todos os participantes possíveis dentro de um universo delimitado, de todos os participantes que atendem aos critérios definidos e que puderam ser efetivamente acessados pelo pesquisador. Há um esgotamento do conjunto de pessoas disponíveis para a pesquisa (Fontanella, 2011).

A amostra por conveniência, constantemente utilizada em estudos exploratórios ou com limitações institucionais e temporais, se caracteriza pela seleção dos participantes da pesquisa que são incluídos pela disponibilidade e facilidade de acesso no momento da coleta de dados. Para evitar o viés de seleção, na amostra por conveniência, os critérios de inclusão e exclusão devem ser considerados com rigor, restringindo a diversidade de experiências e perspectivas da pesquisa (Fontanella, 2011).

Já a amostra por saturação é um meio utilizado quando a continuação da coleta de novos dados não traz novos esclarecimentos para o objeto estudado (Minayo, 2014). Após realização das entrevistas com os pacientes e familiares, foi percebida a necessidade de levantar a percepção dos profissionais de saúde que tiveram contratos temporários para assistir os pacientes de Manaus. Frente à dificuldade de acesso à relação destes profissionais, foi utilizada a técnica da bola de neve, que consiste na busca de uma população oculta (Vinuto, 2014).

Foi selecionada uma enfermeira que fazia parte do grupo de interesse e convidada a participar e indicar outros membros do grupo que conhecia. Esses novos indicados também foram convidados a participar e indicar mais pessoas, e assim por diante, como uma “bola de neve” rolando e crescendo, até que se atinja o tamanho de amostra desejado ou até que não apareçam mais novos participantes (Vinuto, 2014). O fechamento amostral resultou em quatro entrevistas: a enfermeira e mais três técnicas de enfermagem e se deu por exaustão após quatro negativas e não aparecerem mais indicações.

5.4 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Foi realizada a triangulação de dados que consiste na combinação de múltiplas estratégias capazes de apreender as diversas dimensões do objeto de estudo, buscando garantir representatividade e diversidade (Minayo, 2014).

A triangulação de dados integrou os três grupos populacionais, além das perspectivas teóricas socioantropológicas, com o propósito de fortalecer e consolidar as conclusões referentes ao fenômeno sob investigação.

Sendo assim, a triangulação de dados teve como objetivo explorar a realidade sob múltiplos prismas, permitindo a abordagem de questões tanto objetivas quanto subjetivas, enriquecendo assim a compreensão do fenômeno em estudo (Minayo, 2014).

Como técnicas e instrumentos de coleta de dados foram realizadas entrevistas do tipo estruturadas e semiestruturadas. A entrevista estruturada foi realizada a partir de um questionário estruturado específico para cada participante: trabalhadores da saúde, pacientes que estiveram internados com covid-19 e seus familiares (Apêndices A1 e B1), com o objetivo

de identificar os dados sociodemográficos e culturais. A entrevista semiestruturada caracteriza-se como uma conversa voltada para temas que interessam à pesquisa e que oferece amplo campo de interrogativas, que surgem a partir das respostas do informante (Apêndices A2, B2 e C1).

No que tange aos pacientes, foram também coletados nos prontuários data de internação e alta do HU-UFMA, data de retorno para Manaus, uma vez que dois pacientes permaneceram no hospital mesmo após a alta, devido extravio dos documentos de identidade, sendo necessário autorização judicial para o retorno à Manaus. Outra informação coletada no prontuário foi a qual familiar estava sendo direcionado às informações do estado de saúde do paciente durante a internação (Apêndice B2).

5.5 Passos para a coleta de dados

As entrevistas foram realizadas por intermédio da plataforma *Google Meet*. A data e o horário foram definidos de acordo com a conveniência dos participantes. Os dados foram gravados, mediante autorização e posteriormente transcritos. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos e foram realizadas por pesquisadoras com experiência em pesquisa qualitativa que não tinham relação prévia com os entrevistados.

5.6 Análise de dados

Para a análise de dados foram realizadas 10 oficinas. Os dados produzidos nas oficinas de análise foram sistematicamente organizados, descritos e interpretados a partir dos conceitos fenomenológicos. No primeiro momento foram analisadas as falas dos pacientes, posteriormente dos seus respectivos familiares e por fim, dos profissionais do HU-UFMA que os assistiram, que resultaram em dois artigos.

A análise do primeiro artigo, foi a partir da perspectiva de Alves (2006), que compreende experiência como “a articulação entre o vivido e o narrado, entre o sentir e o expressar, conformada por condições históricas, relações sociais e valores morais que atravessam o corpo e a linguagem” (Alves, 2006, p.16).

O conhecimento através do qual se vive; na imersão subjetiva na situação; é relacional e ganha sentido ao ser compartilhado. Emoções foram compartilhadas e entendidas, a partir do cenário do colapso do sistema de saúde de Manaus, como uma gramática relacional. As emoções foram trabalhadas a partir do conceito da antropologia das emoções (Rezende; Coelho, 2010).

No segundo artigo, a análise foi com base nas ideias da antropóloga indiana Venna Das (2020a), como eventos críticos, disruptivos, que causam experiências de sofrimento, são narrados ou silenciados e incorporados ao cotidiano. Para Veena Das, a experiência não é

reduzida a uma interioridade subjetiva, ela se constitui no entrelaçamento da linguagem, do corpo e da vida social, mesmo que seja através do silêncio. O conceito de experiência é compreendido como aquilo que é compartilhado sem precisar ser totalmente verbalizado. O silêncio pode ser um modo de preservar a dignidade do sofrimento e traz densidades éticas, sociais e afetivas. Para Das (2020a), o silêncio diz mais do que as palavras.

5.7 Aspectos Éticos e Legais

Esta pesquisa faz parte do projeto maior intitulado “A Pandemia da covid-19 na Perspectiva de Pacientes Internados no Hospital Universitário, Familiares e Profissionais da Saúde” aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, parecer número 4.872.840, CAAE 46698921.5.0000.5086 (Anexo A).

Os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e as identidades dos entrevistados foram mantidas no anonimato e os pacientes foram identificados por nomes fictícios e os familiares pelo grau de vínculo após o nome do atribuído ao paciente. Em relação aos profissionais foram estabelecidas além dos nomes fictícios, o cargo exercido.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Artigo 1

**PERCURSOS E PERCALÇOS NA BUSCA POR ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Aceito para publicação, em Pré-Print na Revista Ciência & Saúde Coletiva, Qualis A1.

Carta de aceite - Anexo B

**PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático**

**PATHS AND CHALLENGES IN THE ITINERATION FOR HEALTH CARE
DURING THE COVID-19 PANDEMIC: Manaus as an emblematic case**

**CAMINOS Y OBSTÁCULOS EN LA RUTA DE ATENCIÓN A LA SALUD
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: Manaos como caso emblemático**

Nome: Marcela Lobão de Oliveira

E-mail: marcela.lobao@ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-7980>

Nome: Zeni Carvalho Lamy

E-mail: zeni.lamy@ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>

Nome: Poliana Soares de Oliveira

E-mail: poliana.soares@ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3596-0194>

Nome: Leidy Janeth Erazo Chavez

E-mail: leidy.erazo@ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3715-7864>

Nome: Liliana Yanet Gómez Aristizábal

E-mail: lilianayanetgomez@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8723-1789>

Nome: Laura Froes Nunes da Silva

E-mail: laura.froes@discente.ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6741-0344>

Nome: Rodrigo Natan do Nascimento Almeida

Email: rodrigo.nna@discente.ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5052-3289>

Nome: Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

E-mail: ruth.britto@ufma.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1180-1586>

Resumo

O colapso do sistema de saúde de Manaus, na pandemia de covid-19, provocou a transferência de pacientes para outros estados. Este estudo analisou experiências de pacientes e familiares sobre o adoecimento e os itinerários terapêuticos. Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso com base na fenomenologia hermenêutica. Foram entrevistados 12 pacientes e 10 familiares, em amostra intencional encerrada por saturação. O medo da doença e de infectar familiares levou ao atraso na busca por atendimento. Os serviços foram vistos como pouco resolutivos e a falta de leitos e oxigênio explicitou o colapso. Diante de ambivalências da gestão da saúde, ativaram-se redes informais de cuidados, levando pacientes e familiares a mobilizarem recursos afetivos, morais e relacionais para orientar decisões. A transferência emergencial para São Luís foi uma estratégia de sobrevivência e o retorno a Manaus trouxe reencontros e frustrações. No entrelaçamento entre relações sociais e emoções, as experiências configuraram-se como formas de compartilhamento e negociação de sentidos em torno do momento vivido. O caráter político e moral do cuidado, evidenciado nas particularidades do caso de Manaus durante um fenômeno global, tensionou os limites da dimensão biomédica na saúde.

Palavras-chave: covid-19; itinerário terapêutico; experiência de vida; pesquisa qualitativa.

Abstract

The collapse of the health system in Manaus during the COVID-19 pandemic led to the transfer of patients to other states. This study analyzed the experiences of patients and family members regarding illness and therapeutic itineraries. It is a qualitative case study grounded in hermeneutic phenomenology. Twelve patients and ten family members were interviewed, using an intentional sample closed by saturation. Fear of the disease and of infecting relatives led to delays in seeking care. Health services were perceived as having low problem-solving capacity, and the shortage of beds and oxygen made the collapse evident. Faced with ambivalences in health management, informal care networks were activated, prompting patients and families to mobilize affective, moral, and relational resources to guide decisions. Emergency transfer to São Luís emerged as a survival strategy, and the return to Manaus brought both reunions and frustrations. In the interweaving of social relations and emotions, the experiences took shape as forms of sharing and negotiating meanings around the lived moment. The political and moral nature of care, highlighted in the particularities of the Manaus case during a global phenomenon, strained the limits of the biomedical dimension in health.

Keywords: covid-19; therapeutic itinerary; life experience; qualitative research.

Resumen

El colapso del Sistema de Salud de Manus, en la pandemia COVID-19, ocasionó el traslado de pacientes para otros Estados. Este estudio analizó la experiencia con respecto a enfermar y los itinerarios terapéuticos de pacientes y familiares. Se trata de un estudio de caso cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica. Se entrevistó a doce pacientes y diez familiares en

una muestra intencional que se cerró al alcanzar la saturación. El temor a la enfermedad y al contagio de los familiares provocó retrasos en la búsqueda de atención médica. Los servicios se percibieron como insuficientemente eficaces, y la falta de camas y oxígeno puso de manifiesto el colapso. Ante la ambivalencia en la gestión de la atención médica, se activaron redes informales de apoyo, lo que llevó a pacientes y familias a movilizar recursos afectivos, morales y relacionales para orientar sus decisiones. El traslado de emergencia a São Luís fue una estrategia de supervivencia, y el regreso a Manaus trajo consigo tanto reencuentros y frustraciones. En el entrelazamiento entre relaciones y emociones, las experiencias se configuraron como formas de compartir y negociar el significado del momento vivido. El carácter político y moral de la atención, evidenciada en las particularidades del caso de Manaus durante un fenómeno global, puso a prueba los límites de la dimensión biomédica en la salud.

Palabras Clave: covid-19; itinerario terapéutico; experiencias de vida; investigación cualitativa.

Introdução

A pandemia de covid-19 trouxe impactos significativos nas esferas política, social e econômica, com repercussões graves na área da saúde. Entre 2021 e 2022 foram mais de 418,6 milhões de casos confirmados e 5,8 milhões de mortes em todo o mundo. Só em 2022, foram confirmados 349.641.119 casos de covid-19. A maior incidência acumulada da doença foi apresentada na Europa, mas as Américas apresentaram a maior taxa de mortalidade, 14.039,95 mortes/ 100.000 habitantes^{1,2}.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2020 a maio de 2023, ocorreram 37.511.921 casos confirmados e 702.116 óbitos pela doença³. Tal fenômeno provocou impactos distintos, exacerbando desigualdades preexistentes no cenário nacional, afetando regiões, cidades e grupos sociais de diferentes formas⁴. De janeiro a agosto de 2025, a incidência de casos covid-19 foi de 116,43/100 mil habitantes⁵.

Em março de 2025, foi aprovado o primeiro Acordo sobre Pandemias⁶. As dificuldades para a construção de um plano de saúde sanitária global para eventos futuros revelam os complexos entrelaçamentos entre fatores críticos que sustentam as causas e os desdobramentos das desigualdades^{7,8}.

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios para garantir o acesso igualitário a serviços de saúde. As disparidades regionais em termos de infraestrutura, recursos humanos e financiamento impactam na qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde⁴. As respostas à emergência sanitária da pandemia adotadas pelos diferentes estados do país ampliaram tais dificuldades^{4,9}.

Na região Norte essas desigualdades foram mais pronunciadas. Manaus, capital do Estado do Amazonas, apesar de apresentar o maior PIB da região, possui o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,736, abaixo da média nacional¹⁰. Segundo a Fiocruz, o Amazonas apresentou baixa capacidade hospitalar para tratar casos graves desde a primeira onda e, especialmente, a partir de janeiro de 2021¹¹.

Manaus tornou-se o epicentro da doença, caracterizado pelo colapso do sistema de saúde¹², definido por altas taxas de ocupação de leitos hospitalares, número crescente de casos, falta de respiradores e cilindros de oxigênio¹³. Esta conjunção resultou no registro da maior média diária de casos registrados no país, 2.927, e 157 mortes, em janeiro de 2021¹⁴.

As causas atribuídas para o ocorrido incluem o relaxamento das medidas de isolamento social e o aumento da transmissão comunitária, devido à reabertura das escolas e do comércio em setembro de 2020, antes do início da vacinação¹⁵, assim como a demora na adoção de estratégias a exemplo da abertura de novos leitos, compra de insumos e equipamentos. Outro agravante foi a identificação da variante Gamma (P1), considerada com maior potencial de reinfeção¹⁶.

A aposta das autoridades sanitárias locais na “imunidade de rebanho”, teoria de que parte da população após imunização ou contaminação adquire anticorpos contra a doença e indiretamente protege a população não infectada, consistiu em discurso e práticas adotadas no início da pandemia, antes da vacinação, desestimulando comportamentos de proteção, como evitar aglomerações e o uso de máscaras^{15,16}.

Para mitigar os danos foi instituído o “Plano de Ações Emergenciais”¹⁷, uma “força tarefa” estabelecido entre distintas esferas do governo, incluindo o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde do Estado do Amazonas e a prefeitura de Manaus. Este plano consistiu em um pacto de cooperação entre doze estados para receberem pacientes com quadro clínico moderado. Assim, em janeiro foram transportados, por via aérea, 341 pacientes internados em Manaus. São Luís (MA), na região Nordeste, foi um dos destinos¹⁷.

Estudos qualitativos sobre a pandemia covid-19 em Manaus são escassos. Destaca-se uma análise de itinerários terapêuticos e das interrelações entre os subsistemas familiar, popular e profissional¹⁸. O presente estudo amplia esse olhar ao incluir os caminhos percorridos em busca de cuidados, delineando redes articuladas entre profissionais de saúde, usuários e familiares frente aos desafios enfrentados durante a crise sanitária com a transferência para

outro estado. A partir das experiências de pacientes e familiares foi possível perceber a articulação de diversas escalas (individual-coletivo; local-global) de um mesmo fenômeno¹⁹.

Este estudo analisou a perspectiva de pacientes e de seus familiares acerca de itinerários terapêuticos e experiências de adoecimento em situação de colapso do sistema de saúde.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória²⁰, do tipo estudo de caso²¹, que busca compreender fenômenos complexos e singulares — situações ou experiências — em seu contexto, considerando a interação entre sujeitos, práticas e instituições, com foco na interpretação dos significados, relações e processos sociais²¹.

O caso deste estudo corresponde aos movimentos na busca por cuidados, durante o colapso do sistema de saúde de Manaus, que resultou na transferência para um Hospital em São Luís, na segunda onda da pandemia.

O referencial teórico-metodológico adotado foi a perspectiva fenomenológica-hermenêutica, centrada nos conceitos de experiência de adoecimento, itinerário terapêutico e itinerância, a partir da perspectiva de pacientes e familiares.

Na análise fenomenológica, a experiência diz respeito ao modo de ser do sujeito no mundo; está situada no tempo e no espaço; está encarnada (*embodiment*) como fenômeno ligado ao corpo e o significado vinculado à ação. Na perspectiva hermenêutica, o corpo, a compreensão e a intersubjetividade estão interligadas entre si de modo que compreender é uma experiência vivida pelo próprio sujeito em sua relação com o mundo²².

O adoecimento marca rupturas com as formas de entendimento da vida cotidiana. As incertezas nos processos de adoecer e lidar socialmente com a enfermidade implicam nas decisões que constroem o itinerário terapêutico, descrevendo o fluxo de circulação dos pacientes na busca por cuidados em saúde e nos processos de escolha, avaliação e adesão às formas de tratamento²³.

Considerar os caminhos como linhas criadas a partir da interação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde em situações específicas constitui a proposta de investigar a itinerância²⁴, conceito que aborda o movimento dinâmico, processual e flexível construído pelos indivíduos durante o percurso terapêutico.

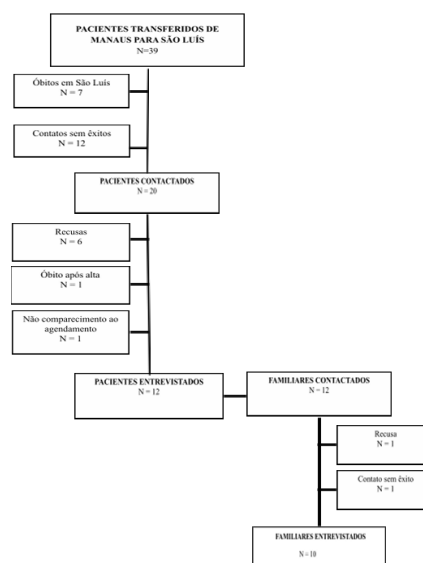
Os sentidos que orientam a ação na busca por cuidados, os encontros mobilizados em momentos de aflição e de incertezas, resultam em improvisações que contribuem para redesenhar e reconfigurar o sistema de saúde tal como planejado por gestores²⁵. Na itinerância, ao mesmo tempo que os indivíduos se movimentam com base nas disponibilidades circunstanciais, compartilham pensamentos, valores, atitudes e explicações sobre a doença em suas interações sociais²⁴.

As emoções são fenômenos situados no corpo, padrões de sentimento e ação aprendidos socialmente e internalizados. Neste trabalho foi abordada a perspectiva contextualista que encara a emoção como um construto histórico-cultural que emerge na interação social envolvendo relações de poder, estruturas hierárquicas ou igualitárias, concepções de moralidade e demarcações de fronteiras entre os grupos sociais²⁶. Nesse sentido, as emoções realizam o trabalho micropolítico de dramatizar, reforçar ou subverter as relações sociais presentes nas interações interpessoais²⁶.

A pesquisa foi desenvolvida no período de janeiro a junho de 2023, buscando os pacientes internados, no início de 2021, no HU-UFMA em São Luís (MA), que disponibilizou leitos e recebeu 39 pacientes procedentes de Manaus.

A seleção da amostra partiu desses 39 pacientes (Figura 1) dos quais 12 foram entrevistados. Adotou-se a amostragem intencional; a coleta de dados foi encerrada por saturação, atingida a partir da oitava entrevista. Os familiares foram selecionados com base em indicações dos próprios pacientes, e, entre os contactados, 10 aceitaram participar.

Figura 1 - Fluxograma dos participantes do estudo. São Luís, Brasil, 2024.



Fonte: Autores, 2024.

O convite aos pacientes ocorreu via aplicativo *WhatsApp*^R, quando eram informados sobre a pesquisa. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada a partir de dois instrumentos: questionário sociodemográfico e roteiro com questões relacionadas à percepção do adoecimento, estratégias na busca por cuidados, experiência na assistência hospitalar em Manaus e em São Luís e o retorno para casa.

Pesquisadoras com expertise em pesquisa qualitativa e sem relação prévia com os entrevistados, realizaram as entrevistas com duração média de 50 minutos, que foram gravadas por intermédio da plataforma *Google Meet* e posteriormente transcritas. Em um caso, a entrevista foi realizada em espanhol, por se tratar de um paciente venezuelano. A mediação digital possibilitou o encontro das pesquisadoras, residentes em São Luís, com os entrevistados que já estavam em Manaus.

A técnica de análise de conteúdo voltou-se à identificação de unidades temáticas e à formulação dos núcleos de sentido. O processo analítico ocorreu de forma coletiva e dialógica em um movimento contínuo entre teoria, dados empíricos e perspectiva hermenêutica. A partir dessa dinâmica, os resultados foram estruturados em categorias²⁷.

Abordar um tema delicado como a experiência de adoecimento por covid-19, por meio de tecnologia digital poderia provocar sofrimento sem a possibilidade de mediação presencial. Todavia, segundo os participantes a escuta de suas experiências possibilitou reflexões sobre os eventos vividos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE nº: 46698921.5.0000.5086. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo identificados por nomes fictícios e os familiares pelo grau de parentesco. Foram adotadas as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ.

Resultados e discussões

Dos 12 pacientes entrevistados, seis homens e seis mulheres, dez tinham idade igual ou superior a 50 anos. A maioria dos familiares entrevistados era de mulheres com diferentes relações de parentesco, como irmãs, filha, neta e esposas. Apenas o estrangeiro, referenciou uma amiga, da mesma nacionalidade, por não ter familiares no Brasil (Quadro 1).

Quadro 1. Características sociodemográficas dos pacientes e familiares entrevistados. São Luís, Maranhão, Brasil. 2024.

Nome Fictício	Idade	Sexo	Estado civil	Situação profissional	Escolaridade	Renda total mensal	Moradia	Familiar entrevistado
Maria	71	F	Casado	Aposentada	EMC	+3 sm	Zona urbana	Filha
Joana	59	F	Divorciada	Autônomo	EFC	1-3 sm	Zona urbana	Filho
Antônia	73	F	Separada	Aposentada	ESC	+3 sm	Zona urbana	Neta
José	52	M	Casado	Empregada	ESI	+3 sm	Zona urbana	Esposa
Joaquim	56	M	Solteiro	Empregada	EMC	1-3 sm	Zona urbana	Amiga
João	57	M	Casado	Autônoma	EMC	+3 sm	Zona urbana	—
Pedro	57	M	Solteiro	Aposentada	EMI	1-3 sm	Zona urbana	—
Lucas	39	M	Casado	Empregada	EMC	1-3 sm	Zona urbana	Esposa
Paula	55	F	Solteiro	Desempregada	ESC	+3 sm	Zona urbana	Irmã
Amélia	44	F	Casado	Empregada	EMC	+3 sm	Zona urbana	Esposo
Rita	50	F	Casado	Autônoma	EMC	+3 sm	Zona urbana	Filho
Mateus	55	M	Viúvo	Autônoma	EMI	+3 sm	Zona urbana	Irmã

Legendas:
EFC = ensino fundamental completo; EMC = ensino médio completo; EMI = ensino médio incompleto; ESC = ensino superior completo; ESI = ensino superior incompleto
1-3 sm = 1 a 3 salários-mínimos; +3 sm = mais de 3 salários-mínimos

Fonte: Autores, 2024.

A análise das entrevistas resultou nas seguintes categorias: Percepção do adoecimento e estratégias iniciais; Colapso do sistema de saúde: Manaus como "campo de guerra"; Transferência: uma questão de vida ou morte; Acolhimento em São Luís e Retorno para casa: emoções contraditórias.

Percepção do adoecimento e estratégias iniciais

A percepção do adoecimento por covid-19 esteve marcada pelas festividades de final de ano. Os entrevistados relataram suspeitas de infecção, antes da confirmação do diagnóstico.

“No dia 31 de dezembro de 2020, nós comemoramos aquele final de ano. Compartilhamos com alguns vizinhos. E aí, foi quando eu caí nisso” (Joaquim).

Ao situar o início do adoecimento no contexto das comemorações de fim de ano, os participantes reconstruíram simbolicamente o episódio. A associação entre adoecimento e festividade teve caráter contraditório, sendo visto como o evento desencadeador do sofrimento²².

No início de 2021 já era propagada a emergência de uma nova variante mais transmissível, assim como o aumento do número de casos e da taxa de mortalidade^{13,14}. As situações referem-se à “segunda onda” da pandemia, marcada por maior informação sobre o risco de contágio, sinais e sintomas. Embora a vacinação já tivesse sido iniciada, a doença continuava a gerar insegurança, sobretudo, entre pacientes com mais de 50 anos, que temiam por sua saúde e de seus familiares.

“O que passou pela minha cabeça foi um desespero, uma angústia. Eu só pensava nos meus pais! Porque eu sabia que se um dia eles pegassem covid, eles não iriam resistir” (Paula).

“Eu já estava apavorada. E se eu levar? E se eu não for? Se vou para o hospital, vou contrair o vírus” (Irmã de Paula).

A experiência de adoecimento envolveu uma ampliação da consciência do contágio e das consequências sociais da doença, organizada também em torno do cuidado com o outro²². Pesquisas qualitativas^{28,29} com pacientes infectados pela covid-19 mostraram que os significados atribuídos à doença estavam ligados a sentimentos de incerteza e em relação ao temor da morte e à contaminação de familiares. Esses sentimentos não apenas moldaram percepções, mas também decisões e estratégias de busca por cuidado.

Para os entrevistados a evitação inicial de buscar assistência estava relacionada ao receio de contaminação nas unidades de saúde superlotadas. Entre os familiares havia um dilema, pois o acompanhamento nos serviços representava risco de infecção.

“Aqui em Manaus estava tudo lotado. Eu não queria ir porque você já tá ruim e chegar num local onde não tem vaga dá uma sensação de: ‘Eu não sou nada, eu não sou ninguém e não tem ninguém por mim’” (Amélia).

A hermenêutica permitiu compreender discursos como testemunhos de vivências que redefiniram os sentidos naquele contexto: o hospital como espaço de risco e exclusão, inverteu o seu sentido de cuidado e o adoecimento foi vivido como desamparo, uma perda de lugar no mundo²².

Alguns pacientes chegaram a monitorar seus sintomas em casa e só buscaram serviço de saúde frente à piora do quadro:

“Passei cinco dias me tratando em casa, seguindo os protocolos que eram orientados pelos meios de comunicação. E, mesmo assim, eu não tive êxito. Eu vi que estava sem ar, piorando muito, foi quando busquei o atendimento em um hospital público” (José).

“Fiquei tomando remédio e só piorando, até que chegou um tempo que não conseguia nem levantar mais da cama” (Mateus).

A desconfiança na capacidade de resposta do sistema de saúde e o incentivo das mídias sociais para automedicação, delinearam modos de ação: os entrevistados buscaram reordenar os cuidados com base em recursos disponíveis no cotidiano até que o risco de agravamento da

doença e de suas consequências tornou-se concretamente maior, marcando a busca de cuidados nas redes institucionais.

A busca por cuidados aconteceu primeiramente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), os pacientes mencionaram sucessivas idas e vindas e o uso do “kit covid”:

“Eu fui na UBS, me passaram remédio. Voltei, fiquei tomando, não passava nem a tosse, nem nada. Retornei à UBS. De novo, a mesma coisa, passaram remédio, mas não passava aquela tosse. E depois, fui ao Pronto-Socorro, só que não tinha vaga. Só me passaram remédio também. De lá me levaram pra uma clínica particular, fizeram exame e meu pulmão tava todo infectado” (Mateus).

“Tem um pronto-socorro próximo da minha casa. Eu cheguei lá, estava sentindo muita falta de ar, muita dor de cabeça, quando o médico me olhou. Ai, me deu um kit de Manaus, mas esse kit não resolvia mais nada!” (Lucas).

“Me deram o kit Manaus: cloroquina, azitromicina e o outro lá, de verme” (Joaquim)

Os relatos indicam que o início da itinação por cuidado foi marcado por uma sequência de atendimentos não resolutivos e centrados em práticas medicamentosas. A prescrição do “kit covid” em unidades de saúde tornou-se um “padrão” de tratamento.

Naquele contexto não havia evidências científicas de que as farmacoterapias disponíveis eram eficazes contra a covid-19³⁰. A OMS recomendava medidas não farmacológicas, como isolamento social e monitoramento dos sintomas, e, em caso de agravamento do quadro clínico, a procura dos serviços de saúde³⁰.

No entanto, em 2020, o governo federal brasileiro incentivou o uso destes medicamentos³⁰ e o Ministério da Saúde emitiu protocolos recomendando o tratamento precoce com cloroquina, mesmo em casos leves³¹. Esses fármacos foram amplamente utilizados sem monitoramento de reações adversas e o aplicativo TrateCOV, adotado pela Secretaria de Saúde do Amazonas, automatizava a prescrição do “kit covid” com base nos sintomas informados pelos profissionais^{32,33}.

As propostas de prevenção e tratamento da covid-19 veiculadas por autoridades sanitárias globais, nacionais e locais eram contrastantes entre si. O risco, como fenômeno construído e experienciado socialmente, criou imperativos morais para a ação que se somou à ideia de emergência⁷. O “kit covid” configurou-se como um símbolo de disputa entre ciência e política em meio à incerteza gerada pela infodemia³¹.

Colapso do sistema de saúde: Manaus como "campo de guerra"

Pacientes e familiares relataram que mesmo regulados para UPAS e hospitais especializados continuaram a peregrinação. O agravamento do estado de saúde e as dificuldades encontradas foram constituindo a percepção do colapso.

“A rede hospitalar de Manaus estava super colapsada naquela época, porque nem o número de ambulâncias dava para procurar os pacientes. A ambulância nunca chegou, foi quando tomei a decisão de pegar um táxi” (Joaquim).

“Naquele dia em Manaus estava um caos. Não tinha mais como entrar em nenhum hospital. Pense num local assim... como aqueles filmes de zumbi. Muita gente chorando, pessoal na cadeira de rodas... a enfermeira falou: ‘Não tem mais como colocar seu filho pra dentro’” (Lucas).

Não havia mais leitos disponíveis, o número de profissionais de saúde era insuficiente e havia escassez de insumos, como cilindros de oxigênio^{34,35}. Nesse contexto, famílias com recursos materiais o adquiriram por conta própria, enfrentando altos custos e filas de espera. A partir de então, o Governo Federal mobilizou recursos emergenciais para o transporte de cilindros por meio da Força Aérea Brasileira (FAB)³⁵.

Frente às dificuldades de acesso a cuidados especializados, os entrevistados adotaram diferentes estratégias, como recorrer a conhecidos que trabalhavam na saúde ou utilizar sua condição de pacientes já acompanhados por comorbidades pré-existentes em outros serviços, para conseguir atendimento.

“Vai lá na UPA, a minha mulher tá te esperando e ela vai te colocar logo na frente [ouviu de um amigo]”. Aí, chegando lá, entrei direto com o médico, que disse: ‘deita aqui, cara’. E de lá, ele já me mandou para internação” (Pedro).

“Em 2018 eu tive um câncer de mama. Então, pelo câncer de mama, eu tinha a emergência do X. (Amélia).

A mobilização de redes de apoio e de conhecimentos prévios sobre o funcionamento do sistema de saúde constituem ações denominadas “redes intersticiais”. Essas práticas situadas entre as estruturas formais do sistema de saúde e os arranjos informais, ao se articularem, moldam as itinerâncias^{24,25}.

Em janeiro de 2021, a situação foi descrita por pacientes e familiares como “cena de guerra”, pela escassez de recursos humanos, materiais, sobretudo oxigênio, e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

“Parecia que eu estava num campo de guerra. Desespero total, entrando mais de 40 pessoas por dia” (João).

“Disseram ‘Manaus vai sofrer um caos’. Eu respondi: ‘Um caos? Como assim?’ ‘Não tem mais oxigênio’. Eu já comecei a me apavorar. Falei pra minha filha: ‘Temos que conseguir oxigênio’. Era um desespero, se você visse a porta do hospital, estava o tempo todo saindo pessoas mortas” (Irmã de Paula).

“O nosso Amazonas não estava preparado para tratar essa doença. A gente vê pelo nível de casos que teve aqui. Então, saturou os hospitais, mesmo com os médicos, enfermeiros, plantonistas, estando ali, dando o seu sangue, né?” (Esposo de Amélia).

O aumento da ocupação de leitos clínicos na rede pública e privada foi de 101% e 81%, respectivamente, e da ocupação de leitos de UTI de 93% e 97%^{13,14}. Houve a contratação de novos profissionais³⁶, mas o caos já estava instalado. Frente à demanda, pacientes e familiares reconheceram os esforços de profissionais que, no entanto, foram insuficientes.

A associação do hospital à guerra, ao desespero e ao caos revela a violência vivida por usuários e profissionais, contradizendo sua concepção moderna como espaço terapêutico, disciplinar e produtor de saber³⁷.

Devido às normas sanitárias de isolamento, a comunicação entre pacientes e familiares era prejudicada. Algumas famílias chegaram a contratar profissionais dos mesmos hospitais que, em suas folgas, cuidavam dos pacientes e atuavam como elo de comunicação. Adoecimento, negociação e sofrimento entrelaçam as trajetórias dos pacientes e seus familiares.

“E quem estava lá fora também não sabia do que nós estávamos passando lá dentro. [...] Minha neta contratou uma pessoa para ficar me vendo no hospital” (Maria).

“Liga pra família aqui fora e vamos dar um jeito, tem que conseguir bala [oxigênio]” (Irmã de Paula).

Mesmo no “campo de guerra” as desigualdades se fizeram presentes. Quem tinha mais recursos, pode comprar oxigênio e/ou pagar um profissional de saúde para garantir informações sobre o estado de saúde do familiar.

No contexto da covid-19, parte da literatura destacou as relações entre usuários e profissionais de saúde sob as noções de falha, fragmentação e limitação do acesso a informações, destacando o despreparo e vulnerabilidade do sistema de saúde^{28,29}.

A noção de itinerância²⁴ possibilita outra abordagem, pois considera a circulação de usuários pelos serviços, incluindo suas estratégias, negociações e tomadas de decisão, como linhas tecidas entre estes, seus familiares e profissionais em movimentos que incorporam improvisações em situações críticas. Este olhar não atribui valor normativo aos caminhos traçados por movimentos que não correspondem ao planejado por gestores.

Transferência: uma questão de vida ou morte

Em Manaus, órgãos governamentais emitiram nota técnica orientando a transferência de pacientes para hospitais em outras cidades¹⁷. Pacientes e familiares foram contatados para autorizar essa medida.

“Veio a proposta pela direção do hospital. Então, foi comunicado à minha família primeiramente, depois a mim, se eu aceitava ser transferido para outro estado, que teria uma maior capacidade de receber a mim e um grupo” (José).

Familiares, profissionais e gestores mobilizaram-se conjuntamente para viabilizar a transferência dos pacientes. Um processo descrito como uma questão de “vida ou morte”.

“Você sair num momento como esse, de perto da sua família... mas também com a esperança de ir pra um lugar sabendo que teria uma estrutura mais adequada mesmo estando longe de seus familiares. O sentimento de todo mundo era buscar a vida” (José).

Os pacientes foram informados que nem todos eram elegíveis para transferência. Era necessário apresentar uma condição relativamente estável para suportar a viagem.

“A assistente social falou, que só iam aquelas pessoas que tivessem uma saturação boa pra fazer a viagem” (Rita).

O caráter emergencial da crise exigiu ações imediatas naquela situação inusitada^{24,25} que produziram movimentos não lineares entre gestores, profissionais de saúde, pacientes e familiares impactando nas experiências vividas.

A transferência foi coordenada pelo Governo Federal por meio de um Plano de Cooperação¹⁷. Os pacientes foram trasladados em aviões da FAB, acompanhados por profissionais de saúde, sem a presença de familiares. Incertezas e outros imprevistos fizeram parte do percurso.

“Quando eu entrei no avião, eu não sabia exatamente para onde eu estava indo (...) Então, eu fiquei perdida” (Maria).

“Nós embarcamos no avião da FAB. Todo mundo aflito (Antônia).

Na perspectiva de familiares, a gestão da transferência envolveu a indefinição quanto ao destino e a impossibilidade de acompanhá-los. Houve mobilizações para obtenção de recursos financeiros para o custeamento de suas viagens em voos comerciais, hospedagens e redes de oração à distância. Foi este engajamento que possibilitou as redes intersticiais²⁵.

Os sentidos do cuidar em saúde compreendem práticas e disposições que envolvem dimensões biológicas, psicológicas e culturais interagindo em um mesmo processo, formando redes²⁵. Esse encontro entre diferentes atores no processo de atenção à saúde vai além das questões biológicas e técnicas, evidenciando uma dimensão relacional essencial ao cuidado^{24,25}.

Acolhimento em São Luís

O contraste entre o caos vivenciado em Manaus e as condições encontradas em São Luís moldou a experiência dos entrevistados sobre o atendimento recebido. A difícil experiência anterior intensificou o impacto positivo de vivenciar um “acolhimento profundo” durante a internação no HU-UFMA.

“Quando eu cheguei no hospital, já me colocaram na maca... não sei nem te explicar! Foi coisa de cinema. Eles foram muito profissionais mesmo, começando pelo maqueiro e o resto. O médico falou: ‘Dá esse medicamento, vê se ele reage’. Eu fui com a segurança que eu estava bem” (Pedro).

A presença constante dos profissionais nos leitos, prestando cuidados e averiguando suas necessidades, a disponibilização de recursos tecnológicos para a comunicação com os familiares foram percebidos como algo excepcional, que ia “além da assistência”:

“Aquilo ali foi muito forte pra mim, assim, como um acolhimento profundo. Tipo assim: ‘tu tá perdida, eu tô aqui contigo (...)’. Eles conversavam muito comigo, era uma equipe assim de tudo” (Maria).

A confiança no serviço ofertado e o sentimento de gratidão aos profissionais foram vistos como essenciais na recuperação dos pacientes. Os familiares também compartilharam a gratidão aos profissionais que possibilitaram a comunicação diária, por vídeo chamada, com os pacientes internados.

“Foi uma experiência que não tenho nem palavras pra descrever por que acolheram com amor as pessoas desde a chegada. O funcionário da limpeza, o médico... o tratamento foi muito bom e isso tudo fez a diferença na recuperação dela” (Esposo da Amélia).

Após a alta médica, o retorno a Manaus ficou pendente dos trâmites para aquisição das passagens aéreas pelo Governo do Amazonas, resultando em uma permanência adicional no hospital. Durante esse período, profissionais e gestores mobilizaram-se para proporcionar momentos de lazer, organizando visitas a pontos turísticos próximos ao hospital.

“Me levaram na praia, no mar. Me levaram para igreja. Eu tenho uma foto na igreja. Já tava andando; pegando solzinho na praia” (Joana).

Ao abordarem este tema que reúne sofrimento e gratidão, muitos entrevistados faziam questão de compartilhar com as entrevistadoras, vídeos, fotos dos passeios e objetos simbólicos, como lembranças entregues pelos profissionais.

As “linhas da vida” que se entrelaçaram no contexto da itinação^{24,25} promoveram potentes laços de afetos e engajamentos entre profissionais de saúde e pacientes. Uma visão ampliada do cuidado²⁴ permite ultrapassar fronteiras demarcadas pela hierarquia e pelo distanciamento entre usuários e profissionais e vislumbrar a acolhida terapêutica e afetiva realizada por profissionais de saúde naquele contexto de tratamento em situação de crise sanitária, numa cidade desconhecida e sem familiares.

Retorno para casa: emoções contraditórias

A maioria dos pacientes recebeu alta em fevereiro de 2021, com o retorno a Manaus ocorrendo em pequenos grupos, conforme liberação médica. O traslado foi realizado em voos comerciais custeados pelo Governo do Amazonas, sem o acompanhamento de profissionais de saúde, diferentemente da ida para São Luís.

“Me deixaram no aeroporto de São Luís. Eu estava muito debilitada e não poderia falar que tinha tido covid. Eu pensei que era rápido, só que eu não sabia que tinha conexão com São Paulo. Aquele aeroporto é imenso e eu perguntava e as pessoas davam informação errada” (Rita).

“Graças a Deus eu fui nesse voo. A minha mãe sem poder andar direito... eu tive que arranjar cadeira de rodas. Pedi pra que todos eles [outros pacientes] pudessem ter preferência para entrar no avião, e eles não se alimentaram” (Filha de Maria).

Apesar da alta médica, os pacientes ainda se sentiam frágeis. Quase metade descreveu o retorno a Manaus como uma experiência angustiante, marcada por exposição e discriminação por parte de outros passageiros. O sentimento de desamparo foi recorrente entre os relatos.

Na chegada dos pacientes em Manaus, as famílias foram instruídas a ficar em casa à espera deles. Estiveram no local de desembarque para recebê-los, representantes do governo estadual e da imprensa local e o retorno para suas casas aconteceu através de um transporte exclusivo fornecido pelo governo. Alguns entrevistados relataram descontentamento, pois acreditavam tratar-se de uma estratégia para minimizar as experiências vivenciadas no “cenário de guerra” em Manaus.

“No aeroporto, tinha a imprensa lá. Eu acho, não tenho certeza, que foi para fazer uma média” (Pedro).

Em contrapartida, o reencontro com os familiares foi atravessado por sentimentos de alegria e alívio.

“Eu só pensava quando cheguei: ‘meu Deus, eu vou voltar pra minha casa, pros meus familiares’. E foi assim, muito emocionante. Sem palavras. Foi muita alegria” (Paula).

Após um ano (momento da realização da pesquisa), a maioria dos pacientes relatou a convivência com sequelas que afetavam seus corpos. Alguns relataram mudanças em seus hábitos de vida, uma atitude tomada em conjunto entre pacientes que se tornaram amigos.

“Me deixou sequelas. Meu ouvido dói muito e eu tenho muito esquecimento. De vez em quando meus ossos doem muito” (Antônia).

“Eu e esses amigos, nos falamos até hoje, a maioria tinha problema de diabetes, bebia muito, não praticava exercício físico. No meu caso, obesidade. Resolvemos mudar, então desde que eu voltei, eu fui fazer fisioterapia pós-covid, passei um ano ainda muito ruim, mas consegui perder vinte e cinco quilos” (José).

Para algumas pessoas as consequências da pandemia persistem, pois precisam lidar com as incertezas em relação à saúde, perdas de amigos e familiares e a reconstrução de suas vidas. Os impactos da covid-19 naqueles que sobreviveram são considerados multidimensionais, criando necessidades de ações de cuidado intersetorial, a fim de garantir amparo frente às sequelas da doença³⁸. O cuidado em saúde após a covid-19 pode ser ressignificado e possibilitar uma abordagem mais ampla do modelo biomédico³⁹.

Considerações finais

Nesta pesquisa privilegiamos olhar para o sistema de saúde a partir de experiências de adoecimento e de itinerários de cuidado em contexto de crise sanitária. Este caminho nos possibilitou analisar as relações entre usuários, familiares e profissionais de saúde, enfocando engajamentos, improvisações e tomadas de decisão direcionadas à solução de problemas práticos provocados por um fenômeno novo, com alcance global e grande impacto, a pandemia de covid-19, a partir de um caso dramático, como o de Manaus.

A doença e as aflições possibilitaram o acesso às tramas que marcaram desde as estratégias de pacientes e familiares em busca de assistência até os efeitos da gestão ambivalente do Estado. Considerar o cuidado como uma categoria situacional possibilitou compreender ações mais fluidas, incluindo processos de saúde e doença, itinerários, percepções, mobilizações por parte de usuários, familiares e profissionais, levando em conta o caráter político e moral do cuidado e, por isso, rompendo fronteiras com a dimensão biomédica associada à saúde.

As experiências na pandemia de covid-19 tiveram o medo como fio condutor e também foram marcadas por angústias, sofrimento e gratidão. As emoções, como uma gramática, são tributárias das relações sociais e do contexto em que emergem. Não têm uma natureza universal, tampouco são espontâneas e provenientes da singularidade de cada indivíduo. Foram tecidas nas trajetórias, compartilhadas, negociadas e apresentadas nas narrativas em torno do cuidado.

Compreender este “caos” pela ótica de pacientes e familiares que enfrentaram percursos e percalços em suas itinações em busca de assistência é realizar o esforço de problematizar numa dimensão micro, um fenômeno global sem perder de vista suas articulações.

Este estudo apresenta algumas limitações. As entrevistas em formato online podem ter dificultado a criação de um ambiente de maior proximidade entre pesquisador e participante. Além disso, não foi possível entrevistar familiares de dois pacientes inicialmente previstos. O tempo decorrido entre a experiência vivida e o momento da entrevista pode ter levado a reelaborações e esquecimentos. Entretanto, entendemos que estas alterações fazem parte do processo de construção das experiências. Apesar dessas limitações, as narrativas obtidas permitiram compreender as experiências de adoecimento, cuidado e deslocamento vividas no contexto da pandemia.

Referências

1. Zhou CM, Qin XR, Yan LN, Jiang Y, Yu XJ. Global trends in COVID-19. *Infect Med* 2022; 1(1):31-39.

2. Ashmore P, Sherwood E. An overview of COVID-19 global epidemiology and discussion of potential drivers of variable global pandemic impacts. *J Antimicrob Chemother* 2023;78(Suppl 2):ii2-ii11.
3. Brasil, Ministério da Saúde. *COVID-19 No Brasil: casos e óbitos* [internet]. 2023 [acessado 2024 dez 30]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.
4. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Dossiê ABRASCO: Pandemia de Covid-19*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília. Covid-19 no Brasil [internet]. 2025 [acessado 2024 Nov 1]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html#.
6. World Health Organization (WHO). *Intergovernmental Negotiating Body to draft and negotiate a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic prevention, preparedness and response*. Geneva: WHO; 2024.
7. Giulio GD, Deisy V, Helena R. A crise da covid-19 e as interfaces entre Saúde Global e Sustentabilidade. *Saúde Soc* 2023; 32(3). e230443pt.
8. Leitão M. Prefácio. In: Machado LM. *Legado de uma pandemia: 26 vozes conversam sobre os aprendizados para política pública*. Rio de Janeiro: Autografia; 2021. p.7-9.
9. Rangel-S ML, Lamego G, Paim M, Brotas A, Lopes A. SUS na mídia em contexto de pandemia. *Saúde Debate* 2022;46(134):599-612.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados: Manaus*. [internet] 2024 [acessado 2024 nov 11]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>.
11. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca [Internet]. *Nota Técnica: Limites e Possibilidades dos Municípios Brasileiros para o Enfrentamento dos Casos Graves de COVID-19*; 2020 [acessado 2024 set 29]. Disponível em: <https://fiocruz.br/nota-tecnica-limites-e-possibilidades-dos-municipios-brasileiros-para-o-enfrentamento-dos-casos>.
12. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
13. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas. *Boletim Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Amazonas* [internet]; 2021 [acessado 2024 set 29]. Disponível em :https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o

- _Epidemiol%C3%B3gica_de_COVID-19_e_da_S%C3%ADndrome_Respirat%C3%B3ria_Aguda__CKtDhSL.pdf.
14. Sabino EC, Buss LF, Carvalho MPS, Prete CA Jr, Crispim MAE, Fraiji NA. Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. *Lancet* 2021;397(10273):452-455.
 15. Ferrante L, Fearnside PM. Brazil's Amazon Oxygen Crisis: How Lives and Health Were Sacrificed During the Peak of COVID-19 to Promote an Agenda with Long-Term Consequences for the Environment, Indigenous Peoples, and Health. *J Racial Ethn Health Disparities* 2024;11(3):1501-1508.
 16. Barreto, ICHC, Costa Filho, RV, Ramos, RF, Oliveira, LG, Martins, NRAV, Cavalcante, FV, Andrade, LOM, Santos, LMP. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. *Saúde Debate* 2021;45(131):1126-1139.
 17. Brasil, Ministério da Saúde. *Ações Emergenciais Decorrentes do Agravamento dos Casos de covid-19 no Estado do Amazonas* [Internet]. 2021 [acessado 2024 set 10] Brasília: MS; 2021. Disponível em: <https://share.google/Wlsq43rdolIwecEjr>.
 18. Tavares IC, Silva DMG, Monteiro WF, Lima KJV, Ferreira DS, Monteiro WM, Ramos FRS. Therapeutic itineraries and testimonies of COVID-19 patients in Manaus, the epicenter of the pandemic in the Brazilian Amazon. *PLoS One* 2025 Jul 24;20(7), e0327127.
 19. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Leônidas e Maria Deane. *Nota Técnica 4: Reflexões sobre o comportamento da epidemia da COVID-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas*. Rio de Janeiro: ILMD/Fiocruz/Observatório COVID-19; 2021.
 20. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde coletiva. *Rev. Saúde Pública* 1995;29(4):318-325.
 21. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2014.
 22. Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos socioantropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1547-1554.
 23. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG, organizadores. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: CEPESC/Abrasco; 2016.
 24. Bonet O. Itineração e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Socio. Antrop* 2014;4(2):327-350.

25. Bonet O, Tavares F. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.385-400.
26. Rezende, CB, Coelho, MC. *A Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: FGV; 2010.
27. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
28. Jamili S, Ebrahimipour H, Adel A, Aval SB, Hoseini SJ, Vejdani M, Ebnehoseini, Z. Experience of patients hospitalized with COVID-19: A qualitative study of a pandemic disease in Iran. *Health Expect* 2022 Jul 05;25(2):513–521.
29. Rodrigues JLSQ, Villar VCF, Duarte SCM, Corrêa CDTSO, Reis EC, Janotti L. Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. *Saúde Debate* 2022;46(spe1):165-180.
30. Barlow A, Landolf KM, Barlow B, Yeung SYA, Heavner JJ, Claassen CW, Heavner MS. Review of Emerging Pharmacotherapy for the Treatment of Coronavirus Disease 2019. *Pharmacotherapy* 2020;40(5):416-437.
31. Santos-Pinto CDB, Miranda ES, Osório-de-Castro CGS. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(2)e00348020.
32. Zheng Y, Liu J, Tang PK, Hu H, Ung COL. A systematic review of self-medication practice during the COVID-19 pandemic: implications for pharmacy practice in supporting public health measures. *Front Public Health* 2023;11:1184882.
33. Bazoni PS, Faria RJ, Cordeiro FJR, Timóteo ES, Silva AM, Horst AL, dos Santos JBR, Silva MRR. Self-Medication during the COVID-19 pandemic in Brazil: Findings and implications to promote the rational use of medicines. *Int J Environ Res Public Health* 2023 20(12):6143.
34. Ferrante L, Livas S, Steinmetz WA, Almeida ACL, Leão J, Vassão RC, Tupinambás U, Fearnside PM, Duczmal LH. The First Case of Immunity Loss and SARS-CoV-2 Reinfection by the Same Virus Lineage in Amazonia. *J. Racial Ethn. Health Disparities* 2021;8(4):821–823.
35. Covid em Manaus: sem oxigênio, pacientes dependem de ventilação manual para sobreviver em Manaus. *BBC News Brasil*; 2021 Jan 15 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55674229>.
36. Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde recruta mais de 2,5 mil profissionais para fortalecer o atendimento em Manaus* [internet]. 2021 [acessado 2024 out 15]. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/saude-recruta-mais-de-2-5-mil-profissionais-para-fortalecer-o-atendimento-em-manaus>.

37. Foucault M. O Nascimento do Hospital. In: Foucault M. *A Microfísica do poder*, Rio de Janeiro: Graal; 1982. p. 57-64.
38. Segata J, Löwy I. Covid longa, a pandemia que não terminou. *Horiz Antropol* 2024; 30(70):e700601.
39. Gouget DTD, Baptista TWF. A resignificação do cuidado no contexto de pandemia. *Ciênc Saúde Colet* 2024; 29(7):e03692024.

6.2 Artigo 2

EXPERIÊNCIAS DE MORTE E RUPTURAS NA PANDEMIA DE COVID-19:

Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana

A ser submetido à Revista de Saúde e Sociedade da USP. Qualis A2

EXPERIÊNCIAS DE MORTE E RUPTURAS NA PANDEMIA DE COVID-19: Reconfigurações do cuidado, do luto e da vida cotidiana

RESUMO

A pandemia de covid-19 provocou rupturas em diferentes esferas sociais, com impactos particularmente intensos no processo de adoecimento e morte. No ambiente hospitalar, pacientes, familiares e profissionais de saúde passaram a conviver com o aumento significativo de óbitos, mudanças nos processos de trabalho, isolamento e sobrecarga dos serviços. As normas de segurança sanitária impuseram restrições ao tratamento dos mortos, como o reconhecimento e a entrega dos corpos à família, contribuindo para a intensificação do sofrimento de profissionais e familiares. Em Manaus (AM), esse cenário foi agravado pelo colapso do sistema de saúde, que implicou, entre outras medidas, na transferência de pacientes para outros estados. O objetivo é compreender os sentidos atribuídos às rupturas e os sofrimentos decorrentes das experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde com a morte durante a pandemia. Trata-se de pesquisa qualitativa, exploratória, fundamentada na abordagem hermenêutica, com entrevistas semiestruturadas realizadas com 12 pacientes, 10 familiares transferidos de Manaus para São Luís e 26 trabalhadores da saúde envolvidos no cuidado. Os resultados organizam-se em três categorias: (1) A gestão da vida e do sofrimento abrange o colapso sanitário e transferência dos pacientes de Manaus, bem como as mudanças nos protocolos de cuidado e o sofrimento dos trabalhadores frente à elevada mortalidade; (2) A gestão da morte e a reconfiguração dos rituais fúnebres contempla as mudanças no manejo dos corpos, o olhar da equipe de saúde para as famílias enlutadas e a reconfiguração dos rituais, incluindo a ocorrência de valas coletivas em Manaus; (3) Presente e modos de “seguir em frente” aborda como após o fim da pandemia, o silêncio atua como linguagem na vida dos pacientes, familiares e trabalhadores, agravado pela invisibilidade das perdas e pela falta de políticas reparatórias.

PALAVRAS-CHAVES: morte; pandemia de covid-19; experiência de vida; sofrimento; pesquisa qualitativa.

INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 desencadeou uma crise global que expôs como o adoecimento, o medo da morte e as respostas institucionais diante de uma doença emergente são moldados por dinâmicas sociais, culturais e políticas. As recomendações da Organização Mundial da Saúde para contenção do contágio exigiram a reorganização dos sistemas de saúde e a implementação de medidas sanitárias que alteraram a rotina dos serviços e as formas de cuidado (OMS, 2020).

No Brasil, essas transformações incluíram mudanças nos processos de trabalho, especialmente na gestão dos corpos mortos e na sua entrega às famílias (Brasil, 2020a). Tais alterações ocorreram sobretudo no ambiente hospitalar, que se consolidou como o principal espaço de enfrentamento da pandemia, reafirmando sua função de cuidado, ao mesmo tempo em que se tornou um lugar marcado pela presença constante da morte.

As transformações nas práticas terapêuticas e nas experiências de adoecimento e morte acompanham a história da instituição hospitalar, que ao longo do tempo sofre mudanças: de espaço religioso e de morredouro à local de observação, de registros clínicos e protocolos assistenciais, possibilitando a vigilância e o controle dos corpos, vivos e mortos, no interior dessa instituição, transformada em “máquina” de cura (Foucault, 2021).

A experiência do morrer também foi sendo transformada (Rodrigues, 2008). Se antes era vivida predominantemente no âmbito doméstico e comunitário, passou a ocorrer cada vez mais em instituições hospitalares, mediada por tecnologias, profissionais de saúde e procedimentos clínicos. Ao tornar-se medicalizada e institucionalizada, a morte passou a ocorrer frequentemente de forma silenciosa e distante da vida social, muitas vezes vivida de maneira solitária em hospitais. Rituais coletivos de despedida foram encurtados ou transformados, e a morte tornou-se um tema evitado no cotidiano, afastado para os bastidores das rotinas hospitalares e dos discursos técnicos (Elias, 2001).

A pandemia de covid-19 tensionou essa configuração e a representação do hospital como local de adoecimento e morte, como morredouro, retorna ao imaginário. O elevado número de mortes, associado às medidas de controle sanitário, alterou significativamente as práticas sociais relacionadas ao morrer e ao luto. As restrições sanitárias-legais impuseram um sofrimento adicional às famílias por não poderem prestar as homenagens consideradas necessárias ao corpo morto (Trindade *et al.*, 2025).

No Brasil foram registradas altas taxas de mortalidade por covid-19, alcançando 337,21 óbitos por 100 mil habitantes (Machado *et al.*, 2023; Oliveira; Chaves, 2023; Soares *et al.*, 2023). Um dos episódios mais dramáticos ocorreu na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas. No início de 2021, a cidade tornou-se um dos principais epicentros da pandemia no país, vivenciando uma segunda onda marcada pelo rápido aumento de casos e pela saturação do sistema de saúde (Brasil, 2021). A crise sanitária atingiu seu ponto mais crítico em janeiro daquele ano, quando a demanda por oxigênio hospitalar ultrapassou a capacidade de fornecimento disponível, ampliando a fragilidade da infraestrutura hospitalar local (Chade, 2025).

A escassez de oxigênio provocou situações dramáticas nos hospitais da capital, com relatos de pessoas que morreram por asfixia enquanto aguardavam atendimento ou reposição do insumo. As internações cresceram rapidamente: nos primeiros doze dias de janeiro de 2021, mais de duas mil pessoas foram hospitalizadas por covid-19 em Manaus, número superior ao

registrado em todo o mês anterior, levando hospitais públicos e privados a operar acima da capacidade (Chade, 2025).

Manaus registrou, em 2021, a maior taxa de mortalidade acumulada do país, alcançando 435,87 óbitos por 100 mil habitantes (Brasil, 2020). O aumento abrupto de mortes também impactou os serviços funerários da cidade. Cemitérios passaram a registrar recordes de sepultamentos, quase 200 enterros em um período de 24 horas. Imagens de covas coletivas e filas de sepultamentos circularam na mídia internacional, tornando-se símbolos da gravidade da crise vivida na região (Manaus, 2021; Chade, 2025)

Diante do colapso sanitário foi implementado um plano emergencial de cooperação federativa que previa a transferência de pacientes para outros estados brasileiros (Brasil, 2021). Esse contexto produziu múltiplas rupturas nas vidas de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo em que geraram novas formas de interação no interior dos serviços de saúde (Schuch *et al.*, 2024).

A partir de Veena Das (2020), a pandemia pode ser compreendida como um evento crítico. Trata-se de situações que provocam rupturas na vida social e produzem experiências traumáticas que não se encerram no momento da crise, mas passam a conviver no cotidiano das pessoas. O sofrimento gerado por esses acontecimentos exige processos contínuos de elaboração, sendo frequentemente reinterpretado por meio de narrativas, práticas sociais e relações compartilhadas (Das, 2020).

Nesse sentido, compreender os impactos da pandemia implica reconhecer que seus efeitos ultrapassam o período estritamente epidemiológico. Como argumentam Schuch *et al.* (2024), é possível falar em um contexto de pós-pandemia, marcado por reverberações que articulam passado, presente e futuro, especialmente nos lutos, nas memórias e nas transformações produzidas na vida social.

Investigar essas experiências significa assumir um compromisso ético com a memória daqueles que morreram e com a trajetória dos que sobreviveram, permitindo compreender como a morte foi vivida, interpretada e elaborada no cotidiano das pessoas que estiveram diretamente implicadas nesse cenário.

Este artigo teve como objetivo compreender as rupturas produzidas pela pandemia de covid-19 no contexto de adoecimento, internação e tratamento, a partir das experiências de pacientes e familiares que vivenciaram o colapso sanitário em Manaus e de trabalhadores envolvidos nos cuidados destes pacientes em São Luís.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória (Piovesan; Temporini, 1995) que utilizou como referencial teórico-metodológico a perspectiva fenomenológica-hermenêutica, centrada nos conceitos de Venna Das (2020, 2012) sobre experiência e evento crítico.

Para Das (2012), a experiência é compreendida como um processo relacional, constituída no cotidiano e mediada pela linguagem, inclusive pelo silêncio e pelas formas ordinárias de habitar o mundo, especialmente em contextos marcados por violência e sofrimento. O evento crítico é um acontecimento que rompe com a normalidade da vida cotidiana e com os repertórios existentes de pensamento e ação, exigindo que indivíduos e coletividades produzam novos sentidos e formas de lidar com a realidade.

A pandemia de covid-19 pode ser compreendida como um evento crítico, na medida em que produziu rupturas na vida social e no cotidiano, afetando práticas, relações e formas de organização da vida e do cuidado. A emergência de uma doença desconhecida, o colapso de sistemas de saúde, a reorganização dos protocolos assistenciais e as mudanças na gestão da morte e do morrer configuraram um cenário de descontinuidade em relação às formas habituais de compreender e lidar com a doença, o cuidado e a finitude. Nesse sentido, adotar a perspectiva antropológica de Veena Das permitiu analisar como esses acontecimentos extraordinários atravessaram a vida ordinária, produzindo novas formas de interpretação, ação e elaboração do sofrimento cotidiano.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A primeira ocorreu entre março e setembro de 2022 e entrevistou 26 trabalhadores da saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) que atuaram na linha de frente da covid-19: nove gestores, quinze profissionais da assistência e dois maqueiros. O encerramento das entrevistas ocorreu por exaustão entre gestores, saturação entre profissionais da assistência e conveniência entre os trabalhadores do apoio. A maioria das entrevistas foi realizada online devido às restrições sanitárias, sendo três presenciais após sua flexibilização.

A segunda etapa, realizada entre janeiro e junho de 2023, concentrou-se nos pacientes transferidos de Manaus e seus familiares. Do total dos 39 pacientes, oito haviam morrido, sendo um após o retorno para Manaus e 12 não foram encontrados. Dos 19 contactados, sete recusaram participar. Desta forma, todos os que estavam disponíveis, 12 pacientes, foram entrevistados, caracterizando amostra por exaustão. Cada paciente indicou um familiar e, dentre os contactados, apenas 10 aceitaram participar. As entrevistas foram realizadas online,

permitindo que as pesquisadoras, residentes em São Luís, dialogassem com os entrevistados residentes em Manaus.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: um questionário estruturado, contendo informações sociodemográficas e, para os trabalhadores da saúde, dados sobre função e tempo de atuação no HU-UFMA; e um roteiro de entrevista semiestruturado. Este abordou, entre os trabalhadores da saúde, as mudanças no processo de trabalho e as experiências durante a pandemia de covid-19 relacionadas à morte, e, entre pacientes e familiares, as experiências de sofrimento relacionadas à morte.

As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos e foram conduzidas por pesquisadores com experiência em saúde coletiva e pesquisa qualitativa. O material foi submetido a análise temática (Minayo, 2014), buscando identificar e interpretar as unidades de significado presentes nas narrativas. Essas unidades foram agrupadas em temas que expressam os sentidos atribuídos pelos participantes às experiências vividas no contexto estudado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA, com o CAAE nº: x. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as identidades foram mantidas no anonimato, sendo atribuídos nomes fictícios aos participantes. Para garantia da qualidade do estudo, foram seguidas as diretrizes para pesquisas de abordagem qualitativa previstas no check list Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 12 pacientes entrevistados, seis eram homens e seis mulheres, todos residentes na zona urbana de Manaus. Dez participantes tinham idade igual ou superior a 50 anos. Quatro declararam trabalho formal, quatro autônomos, três aposentados e uma estava desempregada. Seis tinham ensino médio completo, apenas um com ensino fundamental incompleto e os demais superior completo ou incompleto; a renda familiar da maioria dos entrevistados foi superior a três salários-mínimos.

A maior parte dos familiares entrevistados eram mulheres com funções de parentesco como irmãs, filha, neta e afins. As duas recusas (direta e indireta) foram de familiares mulheres com função de esposa e ex-esposa. Apenas o estrangeiro, Joaquim, referenciou uma amiga, da mesma nacionalidade, por não ter familiares morando no Brasil na época do evento. Entre os familiares homens, havia um esposo e dois filhos (Quadro 1).

Quadro 1. Características sociodemográficas dos pacientes de Manaus transferidos ao São Luís durante a pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2021.

Nome Fictício	Idade	Estado civil	Situação profissional	Escolaridade	Renda total mensal	Familiar referenciado
Amélia	44	Casado	Empregada	EMC	+3 sm	Esposo
Antônia	73	Separada	Aposentada	ESC	+3 sm	Neta
Joana	59	Divorciada	Autônomo	EFC	1-3 sm	Filho
João	57	Casado	Autônoma	EMC	+3 sm	Esposa/ Recusou participar
Joaquim	56	Solteiro	Empregada	EMC	1-3 sm	Amiga
José	52	Casado	Empregada	ESI	+3 sm	Esposa
Lucas	39	Casado	Empregada	EMC	1-3 sm	Esposa
Maria	71	Casado	Aposentada	EMC	+3 sm	Filha
Mateus	55	Viúvo	Autônoma	EMI	+3 sm	Irmã
Paula	55	Solteiro	Desempregada	ESC	+3 sm	Irmã
Pedro	57	Solteiro	Aposentada	EMI	1-3 sm	Ex-esposa/ Não respondeu
Rita	50	Casado	Autônoma	EMC	+3 sm	Filho

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Do total de trabalhadores entrevistados (26), 17 eram mulheres. A maioria tinha entre 30 e 50 anos de idade (21). Em relação à formação acadêmica, 20 entrevistados possuíam ensino superior completo. Quatros profissionais possuíam formação técnica e dois entrevistados tinham ensino médio completo. Sobre o tempo de trabalho no HU-UFMA a maioria tinha entre 5 e 10 anos (12) e os trabalhadores com contrato temporário (4) ficaram por um ano (Quadro 2).

Quadro 2. Características dos trabalhadores da saúde do HU-UFMA durante pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2021.

NOME FICTÍCIO	OCUPAÇÃO/ FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO HU-UFMA
Aline	Assistente Social	10 - 15 anos
Ana	Assistente Social	5 - 10 anos
Antonia	Enfermeira	5 - 10 anos
Célio	Enfermeiro	0-5 anos
Denise	Enfermeiro (a)	20-25 anos
Eduardo	Fonoaudiólogo	5-10 anos
Elvira	Técnico de enfermagem	5-10 anos
Erica	Enfermeira/ Contrato Temporário	0-5 anos

Francisco	Fisioterapeuta	5-10 anos
Geovana	Médica	5-10 anos
Géssica	Enfermeira	10-15 anos
Gustavo	Médico	1-5 anos
José	Terapeuta Ocupacional	5-10 anos
Manuel	Maqueiro	1-5 anos
Marcelo	Maqueiro	20-25 anos
Marcio	Médico	1-5 anos
Maria	Fonoaudióloga	5-10 anos
Norma	Administrador	5-10 anos
Patricia	Psicóloga	5-10 anos
Priscila	Psicóloga	5-10 anos
Sandra	Farmacêutica	mais de 25 anos
Tales	Enfermeiro	5-10 anos
Tania	Técnico de enfermagem/ Contrato Temporário	menos de 1 ano
Teresa	Técnico de enfermagem/ Contrato Temporário	menos de 1 ano
Thaís	Enfermeira	15-20 anos
Tina	Técnico de enfermagem/ Contrato Temporário	menos de 1 ano

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Os resultados são apresentados nas categorias descritas no Quadro 3.

Quadro 3. Categorias e Resultados discutidos.

CATEGORIA ANÁLITICA	RESULTADOS DISCUTIDOS
<i>A gestão da vida e do sofrimento</i>	Sofrimento dos pacientes e familiares no contexto de hospitalização em Manaus
	Colapso sanitário e transferência dos pacientes de Manaus
	As mudanças nos protocolos do cuidado e sofrimento entre trabalhadores da saúde de São Luís
<i>A gestão da morte e a reconfiguração dos rituais fúnebres</i>	Mudanças dos protocolos dos corpos mortos e o olhar da equipe de saúde para as famílias enlutadas
	Reconfiguração dos Rituais Fúnebres e as Valas Coletivas em Manaus
<i>Presente e modos de “seguir em frente”</i>	O silêncio atua como linguagem na vida dos pacientes, familiares e trabalhadores

	O silêncio da falta de ação do Estado e a evidência da pandemia como marcador de sofrimento
	A invisibilidade das perdas e falta de políticas reparatórias

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

As narrativas e reflexões sobre as experiências de pacientes e familiares dizem respeito às vivências ocorridas desde Manaus (das internações e o colapso do sistema de saúde), até São Luís, após a transferência. Já no caso dos trabalhadores da saúde, os relatos correspondem às suas experiências em São Luís, cidade que recebeu pacientes do local que sofreu o colapso do sistema de saúde.

A gestão da vida e do sofrimento

Durante a internação hospitalar em Manaus, pacientes e seus familiares relataram a experiência de assistir o transporte frequente de corpos mortos em meio aos corredores e enfermarias.

Os corpos iam passando pelo meio da gente, sabe? Toda hora era gente morta, [...] aqueles maqueiros, coitados (paciente, Joana).

Nós éramos seis na enfermaria quando eu entrei, eu vi as cinco partirem. Então, foi muito difícil pra mim. Muito difícil! (paciente, Paula).

Eu comecei a contar às pessoas que entravam para sala de reanimação vivas e saíam mortas. Ai, naquela noite, eu não sei, mas foi mais de trinta mortes naquela noite de Manaus, que eu contei, lá onde eu tava (paciente, Mateus).

Até mesmo na enfermaria que a mamãe estava, pessoas faleceram lá. O que mais chocou a gente, nesse contexto todo, foi que nós soubemos que das sete que estavam lá, só a mamãe sobreviveu. (Filha da paciente Maria).

A morte por covid-19 ocorrida dentro do hospital se tornou uma experiência presente e contínua: não como dado estatístico, mas como acontecimento reiterado, visível e vivido por quem estava em busca de cuidado. Pacientes e familiares que permaneceram nas enfermarias presenciaram um número expressivo de óbitos ao seu redor.

No contexto de superlotação hospitalar, grande número de mortes e precariedade das condições assistenciais, os relatos abordaram uma experiência de sofrimento, e de impotência diante da morte. A pandemia rompeu com os modos ordinários de viver, cuidar e morrer.

Em meio às experiências de adoecimento, medo, tensão e morte, a possibilidade de transferência para outro Estado da federação foi percebida como uma oportunidade de manter-se vivo.

Era a única forma dela sobreviver (Filho da paciente Rita).

Os familiares entrevistados informaram que precisaram assinar um documento que, em caso de morte, os pacientes, por causa das restrições sanitárias, seriam enterrados em São Luís.

Decisão difícil, mas era a única opção. Cheguei a imaginar meu marido sendo enterrado longe de mim, mas depois tentei pensar que ia dar certo (esposa do paciente José).

Eles [pacientes] só poderiam sair de lá [Manaus], se (...) a família ou eles assinassem um termo dizendo que, tinham ciência que poderiam, é, morrer aqui (São Luís) e tinha a questão do transporte de corpos, né? [...] E aí, esse protocolo eu lembro que, eu tive vários pacientes meus que diziam: 'meu Deus, Eu assinei um documento que diz que se eu morrer aqui eu tenho que ser enterrado aqui'. Porque a logística de transporte era difícil, né? (...) todos eles falavam, que eles não queriam ser enterrados aqui. 'Doutora, olha, se eu morrer aqui, fale com minha família pra me levar pra lá'. Aquilo, para mim era chocante. [...]'. (Erica, enfermeira)

Uma experiência paradoxal: o medo de ficar em Manaus e ser mais um indicador numérico de mortalidade ou deixar sua cidade, casa e familiares, como alternativa concreta para continuar vivo. A expressão “era a única forma” de manter a vida expressa o reconhecimento da gravidade do momento, das limitações dos serviços de saúde e a esperança depositada em uma rede de cuidado distante.

Múltiplas rupturas se encadeiam ao longo do adoecimento, hospitalização em um sistema de saúde já em colapso, seguida da experiência hospitalar presenciando diversos óbitos e a aceitação do deslocamento para outro estado, intensificando o afastamento dos vínculos familiares e territoriais.

A transferência interestadual, por outro lado, também produziu sofrimento, solidão e medo, ao colocar as pessoas doentes diante da possibilidade real de outra ruptura: a morte longe de seus vínculos afetivos (Vinot, 2025).

Os trabalhadores da saúde também vivenciaram rupturas. Às tensões em torno do medo de contágio de uma doença desconhecida e do dever profissional do cuidado, somaram-se a reorganização das práticas assistenciais em uma nova rotina que trouxe impotência no cuidar.

Eu nunca tinha visto tanta gente morrer ao mesmo tempo no hospital. Apesar de ter passado na minha residência pela UTI [...], a gente vive o processo de morte assim com uma certa frequência, mas na covid foi surreal. Tinha dias que eram duas, três pessoas e na semana esse número ia sendo maior. E a rapidez com que era, porque eu acho que o mais impactante pra gente é de repente achar que uma pessoa não tem nem tempo, entendeu? (Eduardo, fonoaudiólogo).

[...] 'Meu Deus, não nos prepararam para isso'. A gente está acostumado a ter dois óbitos no plantão [...], a depender de onde você esteja - uma UTI oncológica - já é algo que nos impacta bastante. Quando você tem dezessete, esse número em um plantão, é muito marcante! Surreal, sabe? Porque são dezessete vidas nesse lapso temporal muito pequeno (Erica, enfermeira).

Eu me abalei demais. Teve um plantão em que morreram três pacientes, inclusive jovens. (Márcio, médico).

Diante dos desfechos fatais é possível perceber rupturas na gestão do cuidado em saúde. Embora a morte já integrasse o cotidiano profissional, especialmente em contextos como as UTIs, a pandemia alterou a forma, o ritmo e as condições em que o morrer ocorria.

No ambiente hospitalar, a taxa de mortalidade é um dado de gestão. Os relatos dos trabalhadores narram o abalo sofrido diante do rápido agravamento da doença e da quantidade considerada excessiva do número de mortes. O sofrimento dos profissionais diante das histórias de vida de pacientes que perderam sua família na pandemia aparece, como na narrativa:

Só sabia que ela estava grávida e aí, conversando com as enfermeiras, foram me contando a história dela, que já tinha perdido o marido na covid e tava grávida. [...] Todo mundo torcendo por ela, que ia sair dessa. Até que teve um dia que a gente foi fazer um procedimento [...], o médico conversando, dizendo “tem que avisar a família”. Aí, eu já fiquei meio preocupado, eu mesmo cheguei e perguntei pra ele: “doutor, o que é que tá acontecendo com essa moça? Ela tá bem?” Aí, ele falou que o cérebro dela tava pra parar. [...] aquilo ali me abalou bastante. [...] Fui pra casa, mas com aquela preocupação. Aí, a gente sempre acompanhando o grupo dos maqueiros, os procedimentos que são feitos. Ela tinha ido a óbito. Poxa aquilo dali pra mim [...] foi muito triste. Ela já tinha perdido o marido, entendeu? [...] O bebezinho, eles tiraram (Manuel, maqueiro).

Nessas situações, o sofrimento não se restringiu ao desfecho clínico, mas foi atravessado pelo conhecimento das trajetórias pessoais e familiares interrompidas pela covid-19. A morte é um evento que faz parte da rotina de profissionais de saúde que trabalham em hospitais. O aumento do número de mortes vivenciado naquele contexto estava acima do que a formação técnica entendia como "normalidade". Esta ruptura provocou "abalo" e sofrimento emocional nos profissionais.

O medo, a angústia e a compaixão provocadas pelas rupturas no espaço hospitalar, na gestão das práticas e nas subjetividades profissionais caracterizam como as experiências são socialmente constituídas nas relações de cuidado.

Para Bury (1982) a depender da gravidade de uma doença ela pode representar um tipo fundamental de experiência disruptiva, na qual as estruturas do cotidiano e as formas de conhecimento que sustentam a vida diária são abaladas. Em consonância com esta ideia, a pandemia, pode ser compreendida como um evento que causou rupturas e sofrimento em várias escalas da vida social.

A gestão da morte e a reconfiguração dos rituais fúnebres

Em razão das medidas sanitárias foram estabelecidos protocolos mais rígidos que alteraram os procedimentos relacionados ao óbito. A manipulação e encaminhamento dos corpos passaram a ocorrer de forma mais rápida e controlada, com restrição da presença de familiares e suspensão de visitas e acompanhantes.

Aconteceram mudanças quando morria alguém por covid...era tudo rápido para fazer, pra descer logo o corpo (Tales, enfermeiro).

A gente vivenciou muitas situações de mobilização emocional intensa. Então, foi um trabalho desafiador também nesse sentido. Era um luto vivido com muita dificuldade. As pessoas não podiam se despedir, não podiam tocar seus familiares (Patrícia, psicóloga).

Teve um falecimento e o paciente era do interior, 3 horas da manhã, a pessoa morria, o corpo não podia ficar muito tempo aqui dentro, não podia levar pra formolizar, então tinha que sair daqui pra enterrar. Às vezes é de madrugada, alguém morria, não tinha acompanhante, né? O familiar estava lá no interior, quem ia vir pra trazer, pra reconhecer o corpo, pra assinar e receber o atestado de óbito e trazer documentação? (Geovana, enfermeira).

Antes da emergência sanitária da covid-19, as orientações para o manejo de corpos mortos em casos de doenças infecciosas no Brasil seguiam medidas de biossegurança consideradas estáveis e já conhecidas pelos trabalhadores da saúde. Embora regulados por normas sanitárias e administrativas, esses procedimentos ainda permitiam maior participação das famílias no preparo e encaminhamento do corpo ao necrotério, o reconhecimento presencial pelos familiares, bem como a realização de despedidas e de práticas religiosas ou culturais ainda nos hospitais (Brasil, 2016).

A reconfiguração desse manejo intensificou o processo de medicalização e da gestão institucional da morte, acompanhada pela formulação de normativas específicas. No Brasil, destacam-se as diretrizes do Ministério da Saúde (2020), para o manejo de corpos no contexto do novo coronavírus, complementadas por legislações estaduais e municipais, que regulamentavam velórios e sepultamentos.

Os corpos passaram a ser acondicionados em invólucros impermeáveis e lacrados, com restrições ao reconhecimento direto e ao contato físico. Em muitos casos, ainda no necrotério, a identificação ocorria à distância ou era mediada por dispositivos eletrônicos, como vídeo chamadas e a entrega do corpo às famílias se dava já em condições que inviabilizavam a aproximação. A morte ocorreu, muitas vezes, de forma solitária, mediada por protocolos técnicos que restringiram práticas associadas ao cuidado e à despedida (Giamattey *et al.*, 2022).

O afastamento físico associado à perda de conexões emocionais nos últimos momentos de vida e o sofrimento das famílias foram percebidos pelos trabalhadores da saúde, sensibilizando-os.

Quem desceu pra presenciar esse momento [reconhecimento do corpo] junto com a família, eu acho que esse daí foi o momento mais dolorido da pandemia, a família reconhecer seu ente querido e saber que não poderia nem ter um velório – e muitos não puderam nem se despedir. [...] Ali foi um momento, pra mim, desumano, pros acompanhantes (Elvira, técnica de enfermagem).

A família chegava e a gente descia, explicando pra ela se paramentar todinha. E a gente vê as pessoas chorando. A pessoa não conseguia nem se paramentar, entendeu? E eu não podia me aproximar, porque a gente tinha medo de contaminar a pessoa, entendeu? A gente tinha que explicar passo a passo, mas ali foi um momento assim, desumano, entendeu? Não ter o direito de despedida. Dizer assim: ‘eu queria dar um beijo na minha mãe, eu não posso, eu queria botar a mão na minha mãe, eu não posso’; porque eles tinham que ficar de longe pra

atestar o óbito. Dizer assim, essa daqui é a paciente fulana? - 'Sim', o que que a senhora é pra ela? - 'Eu sou filha', mostra a identidade da paciente, ela mostrava, a senhora confere? É a paciente? Ela dizia: 'sim'. Aquilo dali foi uma coisa desumana (Antonia, enfermeira).

Os efeitos dessas medidas sobre as famílias desestabilizaram os repertórios morais e afetivos que orientam os trabalhadores nas relações cotidianas com a vida e a morte nos espaços hospitalares. A percepção desses momentos como “desumanos” representa o tensionamento entre os protocolos institucionais e os valores morais relacionados à dignidade da morte e aos direitos dos familiares.

Diante da dor dos familiares, os trabalhadores reavaliaram regras sobre as restrições, e em certas situações pactuaram flexibilizações e alternativas à prática assistencial. A criatividade e a empatia frente ao sofrimento do outro também marcaram o cuidado.

Um paciente, que a esposa dele fez um escândalo - queria ver o marido. Eu falei 'gente, vamos permitir, a gente dá um jeito, paramenta essa mulher e ela entra'. O marido dela morreu no dia seguinte. Se a gente não tivesse deixado ela ir? Foram coisas que a gente foi costurando e fazendo os protocolos. (Géssica, enfermeira).

A gente tinha antes discutido sobre essa questão, eu falei: 'gente, mas como é que as pessoas vão enterrar seus entes queridos sem ver?'. Aí, a gente até construiu um morgue com vidro, aí, a pessoa ia e via, foi assim. Uma coisa que eles ficaram mais conformados (Giovana, médica).

Na pandemia, os dilemas éticos situados entre os riscos e os direitos estiveram presentes na reorganização das normas institucionais. O contato presencial entre paciente e familiares foi interrompido, houve extinção das visitas, das possibilidades de despedidas e ritualização da morte nos espaços hospitalares. Para evitar a disseminação da doença e ampliar os riscos de adoecimento e morte, houve restrições às expressões de afetividade e de práticas culturalmente construídas de cuidado frente ao adoecimento e morte.

A dimensão técnica do cuidado em saúde é indissociável da dimensão moral. Durante a crise sanitária, os trabalhadores da saúde foram mais do que executores de protocolos, tornaram-se sujeitos de uma prática marcada pela necessidade de negociar entre a técnica, os riscos epidemiológicos e compromissos éticos, demonstrando que o cuidado, em situações de crise, é constituído por disputas entre moralidades. Trata-se de um campo de forças no qual as decisões são condicionadas por saberes científicos, dispositivos normativos e demais saberes e valores.

No cotidiano dos serviços de saúde a aplicação de protocolos não ocorre de forma rígida ou automática. Nesse sentido, as estratégias descritas pelos trabalhadores entrevistados fizeram parte da construção de uma ordem negociada na qual os protocolos foram reinterpretados a partir das situações vividas, com o objetivo de avaliar o risco e reduzir o sofrimento dos familiares.

Como aponta Deslandes (2002), o processo de trabalho em saúde é atravessado por negociações permanentes entre normas institucionais e as demandas do cuidado. A “costura”, revela as mediações e as tomadas de decisão no trabalho em saúde, conforme Merhy (2014) que destaca a sua dimensão criativa e relacional. Assim, mesmo em um ambiente regulado por protocolos e pelo medo da contaminação, os trabalhadores buscaram produzir arranjos com o objetivo de preservar o cuidado.

Essas negociações ocorreram em uma situação de reorganização dos processos de trabalho, sobrecarga assistencial, medo constante da contaminação e da morte (Carvalho *et al.*, 2023; Mantesso, 2024). Ainda assim, a continuidade da assistência foi sustentada pela cooperação e por adaptações rápidas às condutas técnicas.

A pandemia também reconfigurou os rituais fúnebres. Velórios foram suspensos e os sepultamentos tiveram um tempo reduzido com um número restrito de pessoas, tendo como opção o “sepultamento online”:

Nós perdemos várias pessoas muito queridas na nossa família. Perdemos muitas pessoas mesmo, e o pior de tudo é que ninguém nem pôde ir no velório e enterro. A gente só falava com quem perdeu alguém por telefone (Antonia, enfermeira).

O velório dele [pai] que só foi meia hora de velório como o da minha mãe, com cinco pessoas apenas. Isso era uma funerária particular, porque na do governo, era horrível, era horrível, era horrível [entrevistada chora] (Irmã de Paula).

Eu fui transferida no dia do sepultamento dele [pai], para São Luís. Eu estava no hospital assistindo online o sepultamento [...]. Para nós eles não partiram – até porque a gente não velou eles, né? (paciente, Paula).

Com o risco de contaminação e excesso de mortes durante a pandemia, houve rupturas no modo de velar e sepultar os mortos. Protocolos oficiais determinaram o sepultamento imediato, o transporte do corpo em urna lacrada, restrição ou suspensão dos velórios, número limitado de participantes e proibição de abertura da urna funerária.

A supressão ou redução desses rituais comprometeu dimensões simbólicas fundamentais do processo de luto (Trindade *et al.*, 2025). A morte como fator social exige por parte da coletividade, mecanismos capazes de assimilá-lo simbolicamente. Nesse sentido, os rituais fúnebres operam como um sistema lógico que busca conferir inteligibilidade ao que é, em essência, incompreensível, permitindo ordenar a experiência da perda. Ao instituírem formas socialmente compartilhadas de despedida, esses rituais estabelecem uma ordem diante da ruptura e se constituem como práticas solidárias que articulam o coletivo na elaboração da morte. (Rodrigues, 2008; Elias, 2001).

Em Manaus a quantidade de mortos exauriu a capacidade das covas individuais existentes, sendo necessário o sepultamento em covas coletivas.

A gente já estava há 8 dias, enterramos a mamãe no sábado, no próximo sábado estava enterrando meu pai. As pessoas abriram uma vala e jogavam lá 10, 15 caixões, você não sabia onde tava o teu ente querido ali enterrado. Muito difícil isso [entrevistada chora e é acolhida pela entrevistadora] (irmã da paciente Paula).

É, você vê aqui, teve cova coletiva, nossa, é muito impactante isso, né? Você vê tratores abrindo a terra e colocando vinte caixões de uma vez em um buraco só, é coisa de louco, né? É inaceitável, né? É inadmissível (João, paciente).

A individualidade construída e consagrada na modernidade ocidental estabelece que o indivíduo é uma unidade de referência social. Cada sujeito possui uma identificação que o acompanha até mesmo após a morte, isto é, um corpo morto também ocupa um lugar específico, identificado e localizado no espaço.

No Amazonas, durante o pico do colapso do sistema de saúde, foram registradas cerca de 14,5 mil mortes (Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas), levando aos cemitérios locais extrapolarem sua capacidade, sendo necessário o enterro em covas coletivas. Por meio de nota, a Prefeitura de Manaus explicou que em decorrência do “aumento no número de sepultamentos, foi adotado o sistema de trincheiras para realizar o enterro das vítimas de Covid-19” (Agência Cenarium, 2025).

A crise sanitária de Manaus transgrediu a individualização da morte e transformou os cemitérios em um lugar de sua anulação. As valas coletivas significaram que muitos mortos foram privados desse lugar, desse “endereço” simbólico e social.

Mesmo após a morte, a pessoa permanece inscrita em uma rede de localização e identificação, sendo reconhecida em um lugar próprio no espaço social. Os cemitérios modernos não dizem respeito apenas à memória, mas à lógica da governamentalidade de controle dos corpos vivos e mortos: localizar, classificar e distribuir (Foucault, 2021).

Os ritos fúnebres que assinalam a passagem entre o mundo dos vivos e o dos mortos também sofreram mudanças, pois tornaram-se rápidos e restritos.

A presença dos mortos é mantida na vida cotidiana por meio de narrativas mínimas, muitas vezes fragmentadas, hesitantes ou expressas em gestos e silêncios, como formas de elaboração e continuidade. Os achados deste estudo indicam que, mesmo após o período agudo da pandemia, o sofrimento de pacientes e familiares não se restringe ao passado, mas reverbera no presente, especialmente quando narrado. Ao rememorar as perdas, os participantes expressavam e reviviam suas emoções. Trata-se de um sofrimento que marca a experiência cotidiana e produz uma ruptura nas trajetórias de vida.

Presente e modos de “seguir em frente”

As múltiplas adversidades e rupturas presentes nos relatos dos entrevistados revelam os efeitos nefastos da pandemia na vida de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde, bem como suas estratégias para enfrentar as dificuldades. Veena Das (2020) aborda as descontinuidades provocadas pelo evento crítico, assim como as formas pelas quais a vida segue em continuidade. O “seguir em frente” adotado pelos entrevistados indica seus esforços para lidar com os efeitos do passado na vida corrente.

Os elementos disruptivos provocados pela pandemia são vividos junto à busca cotidiana de “seguir em frente”, de conduzir a vida a partir das exigências e compromissos assumidos.

Olha, eu me sinto muito feliz, eu saí da covid muito fortalecida! [...] Foi um aprendizado muito grande, sabe? [...] E isso me fortaleceu! (paciente, Amélia).

Eu acredito que parcela do meu sentimento é de superação, sabe? Porque eu não sabia que eu tinha aquela força toda [...]. Então, é a superação, superação e gratidão... (esposa do paciente José).

Eram de 2 a 3 pacientes [que iam a óbito] ao mesmo tempo. Só agora eu sei como fui forte, corajosa, de onde tirei tanta força... [respiração profunda] (Elvira, técnica de enfermagem).

A gente vai seguir sem eles [pais], com os ensinamentos deixados. Precisamos continuar e dar espaço a memória deles (paciente, Paula).

As experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde, bem como as emoções mobilizadas não se restringiram ao sofrimento imediato, seguem produzindo modos de interpretar o vivido e reorganizar suas trajetórias para *seguir em frente*.

Pacientes se mostraram gratos pela transferência e recuperação da saúde. Essa gratidão foi reconhecida pelos profissionais do HU-UFMA. Em paralelo, pacientes e trabalhadores expressaram emoções pelos que morreram em São Luís.

E foi bom, a gente teve a oportunidade. Eles [profissionais do HU-UFMA] tiveram tanta compaixão. Quanta gratidão por ter ido embora e ter voltado. Infelizmente alguns não foram. Morreram! [choro] (paciente, José).

Eles chegaram muito gratos. Realmente, o negócio lá tava muito caótico, né? E foi bom... Eles tiveram tanta gratidão pra chegar quanto gratidão pra ir embora. Infelizmente alguns não foram para casa, né? Morreram (Geovana, enfermeira).

A gratidão pela sobrevivência e pela assistência recebida convive com a dor pelas perdas e com a memória das mortes presenciadas. No entanto, chama atenção que a transferência de Manaus para o HU-UFMA, realizada em meio ao colapso e afastamento das redes de apoio, não tenha sido problematizada pelos pacientes, familiares e trabalhadores como expressão de falhas estruturais das políticas públicas.

A dimensão política das rupturas não é plenamente reconhecida e discutida cotidianamente. Este sofrimento passa a se infiltrar no cotidiano de forma silenciosa,

reconfigurando a vida social. Conforme Veena Das (2020), em contextos de eventos críticos, a reconstrução da vida ocorre pela incorporação desse sofrimento na vida cotidiana.

No Brasil, a resposta à crise no âmbito da governança federal foi marcada por fragilidades e inconsistências. Monteiro e Giulio (2025) ao analisarem o papel da ciência e da expertise nas decisões técnicas, apontam a ampla circulação de incertezas políticas e técnicas, o que dificultou a consolidação de consensos científicos e comprometeu a condução da assistência em saúde.

A inação do governo federal, sinaliza o campo estratégico do poder-saber das estruturas das relações sociais, produzindo verdades e ampliando o alcance do governo sobre a vida cotidiana, quando trouxe mudanças nos protocolos e ideias já assimiladas socialmente nos espaços de saúde. O foco desloca-se da dominação visível para formas sutis de condução das condutas, revelando o caráter histórico, contingente e político das práticas de governo (Foucault, 2021).

A Agência Brasileira de Inteligência (ABIN), órgão do governo federal responsável por coordenar as atividades de inteligência do Brasil, apresentou documentos que antecipavam a tragédia em Manaus: os relatórios internos previam situações como a subnotificação de mortes, avanço descontrolado da covid-19 e até a iminente falta de oxigênio, porém o governo em Manaus teve como elemento central, a economia. Assumiram os riscos, mesmo sendo alertados e conduziram para um fim conveniente, deixar acontecer, deixar morrer (Chade, 2025).

Para os trabalhadores da saúde, frente às várias mudanças na gestão do cuidado, a pandemia trouxe uma postura mais empática:

Eu sempre fui muito técnica e a pandemia me trouxe uma sensibilidade maior. Você que é gestor é você tem que cumprir as metas pro serviço funcionar e se chegasse uma pessoa 'ah porque hoje eu não tenho com quem deixar meu filho porque eu não tenho babá'. Anteriormente eu dizia: 'Isso é problema teu'. Hoje em dia eu já me coloco mais no lugar da pessoa e na pandemia fez com que eu me colocasse mais ainda no lugar daquelas pessoas que tinham que estar todo dia naquela luta da covid. (Géssica, enfermeira)

É importante problematizar que a pandemia teve uma dimensão global e que não foi o Estado brasileiro o agente de sua produção, mas este foi agente central na gestão de eventos críticos e que deve assumir funções para reconstrução do cotidiano diante de situações de crise. Políticas de controle e proteção que auxiliem na reorganização da vida das pessoas são de fundamental importância.

Durante a pandemia houve mudanças drásticas para os trabalhadores da saúde, como suspensão de férias, rotina de trabalho exacerbada, medo do adoecimento, alterações nas rotinas

do cuidado em saúde, entre outras. Após a pandemia vê-se um silêncio sobre os efeitos dos riscos e das mudanças na vida dos trabalhadores.

O silêncio não significa ausência de sofrimento dos sujeitos, mas pode ser uma forma de resistir ou preservar-se. Após eventos disruptivos, o silêncio pode ser encarado como uma forma de linguagem diante do sofrimento, que vem acompanhado de emoções que nem sempre podem ser traduzidas em palavras. Em algumas experiências em que a expressão das emoções não é permitida socialmente, o silêncio se torna a linguagem compartilhada, possibilitando que o sofrimento se integre ao tecido social sem ser necessariamente tematizado.

A escuta permite o processo de elaboração do sofrimento. Esta postura teórico-metodológica de dar espaço às narrativas sobre as experiências de sofrimento durante a pandemia possibilita também a reflexão sobre sofrimento, silêncios, rupturas e vidas cotidianas.

Apesar das várias formas de lidar com o sofrimento apresentadas, Das (2020) afirma que o sofrimento é um processo encarnado, relacional e politicamente situado e que não ocorre apenas nos momentos de ruptura. Ele se infiltra na vida cotidiana, molda práticas ordinárias e resiste à tradução simples em palavras e, por vezes, se mantém no silêncio.

Das (2020) diz que é através da linguagem que as pessoas comunicam suas experiências. Mas existem experiências que só se manifestam no silêncio, pois esta é a forma de possibilitar a continuação da vida. Após seis anos da pandemia de covid-19 não se fala mais de todas essas rupturas trazidas nos relatos apresentados.

Contar (ou não contar) o que aconteceu se torna uma forma de dar continuidade à vida após a ruptura do cotidiano (Das, 2020). “Narrar a dor não se trata de tornar a ferida visível de uma vez por todas, mas de negociar como viver com essa ferida” (Das, 2020, p. 69). No caso dos pacientes de Manaus, esse processo levou a um vínculo com a pesquisadora principal, que, por ser psicóloga, proporcionou o compartilhamento e acolhimento das emoções.

Tentando dar voz a esses “silêncios” essa pesquisa se aproxima do trabalho desenvolvido na plataforma Instagram, “Relicários de uma epidemia no Brasil” (Diniz, 2021), que teve por objetivo garimpar histórias de mulheres mortas pela doença. Um espaço que proporcionou saber das histórias dessas mulheres, “os pedaços e as relíquias de cada vida” que não merecem ser esquecidas nos números. Iniciativas como essa buscam evitar que as mortes sejam reduzidas a meras estatísticas, preservando a singularidade de cada vida, principalmente para os que ficaram, familiares e amigos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de covid-19 caracterizou-se como um evento crítico, produzindo rupturas nas formas socialmente organizadas de morrer, ritualizar e elaborar o luto. A gestão institucional da morte deslocou práticas mediadas pelas famílias para procedimentos técnicos e rápidos.

A fragilidade da coordenação nacional da resposta à pandemia e as incertezas produzidas no campo científico e institucional ampliaram o peso das decisões cotidianas sobre os trabalhadores da saúde e famílias afetadas. Muitas das mediações que permitiram preservar o cuidado emergiram mais da iniciativa dos profissionais no cotidiano dos serviços do que de diretrizes estruturadas.

Estas transformações no manejo dos corpos mortos produziram dilemas morais e emocionais para os trabalhadores da saúde, que passaram a ocupar uma posição liminar entre o cumprimento das normas sanitárias e a tentativa de preservar a dignidade do morrer e o direito das famílias à despedida.

Nesse contexto, emergiram práticas de negociação e flexibilização dos protocolos. Esses arranjos cotidianos refletiram que, mesmo em um cenário crítico, o cuidado permanece atravessado por decisões e tentativas de recompor vínculos humanos em meio à crise.

Os rituais funerários e os regimes de reconhecimento da morte também foram reconfigurados. A redução ou suspensão dos velórios, a limitação de participantes nos sepultamentos, o uso de valas coletivas rompeu com a lógica moderna de individualização da morte e do pertencimento familiar, práticas que fragilizaram mecanismos sociais responsáveis por organizar o luto, conferir identidade ao morto e reintegrar os enlutados à vida coletiva.

Os modos pelos quais pacientes, familiares e trabalhadores elaboraram essas experiências após o momento agudo da crise mobilizaram narrativas de superação, gratidão e fortalecimento pessoal. Essas narrativas não significam necessariamente a superação da experiência traumática, mas podem ser compreendidas como formas de reorganizar o cotidiano após a ruptura, permitindo a continuidade da vida.

O silêncio também apareceu como uma dimensão significativa da experiência, indicando que parte do sofrimento permanece em gestos, pausas e modos de seguir em frente, nem sempre plenamente verbalizados.

Os efeitos sociais da pandemia sobre a experiência da morte e do luto ainda estão em processo de elaboração. O cotidiano tende a se reorganizar e a vida segue seu curso, mas permanecem marcas silenciosas deixadas por uma experiência coletiva de ruptura que ainda

precisa ser discutida. Dar visibilidade a essas narrativas constitui um exercício de memória social e condição fundamental para pensar políticas de cuidado, gestão da morte e suporte ao luto. Foram muitas mortes a cada minuto. Ainda é preciso falar sobre isso.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CENARIUM. **Cemitério que teve valas coletivas na Covid-19 em Manaus vira alvo do MP após abandono.** 2025. Disponível em:

<https://agenciacenarium.com.br/cemiterio-que-teve-valas-coletivas-na-covid-19-em-manaus-vira-alvo-do-mp-apos-abandono/>. Acesso em: 19 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** [recurso eletrônico]. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p. Disponível em:

<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/guia-de-vigilancia-em-saude-2016/>. Acesso em: 08 maio 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19:** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 32 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_coronavirus_covid19.pdf. Acesso em: 6 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde publica protocolo com orientações para velórios e enterros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: Ler notícia institucional. Acesso em: 14 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde já viabilizou transferência de 261 pacientes do Amazonas para outros estados.** Portal Gov.br, Brasília, 25 jan. 2021.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/ministerio-da-saude-ja-viabilizou-transferencia-de-261-pacientes-do-amazonas-para-outros-estados>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BURY, M. Chronic Illness as Biographical Disruption. **Sociology of Health & Illness**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CARVALHO, RH de SBF de; ALVES, MTSS de B e; SILVA-JUNIOR, AG da; ALEXANDRE, GC; COIMBRA, TRS; MORAES, M; MENEZES, LO de; OLIVEIRA, SS de; THOMAZ, EBAF; LAMY, ZC; BARREIRA, LSG. Maternal health during the COVID-19 pandemic: Experiences of health workers in three Brazilian municipalities. **PLoS ONE**, [s. l.] v. 18, n. 8, e0290068, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290068>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CHADE, J. **Abin avisou que iria faltar oxigênio em Manaus.** Vero Notícias, Brasília, 31 julho 2025. Disponível em: <https://veronoticias.com/artigo/abin-avisou-que-iria-faltar-oxigenio-em-manaus/>. Acesso em: 04 fev. 2026.

DAS, V. Entre palavras e vidas: um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimentos. Entrevista concedida a Michel Misse, Alexandre Werneck, Patricia Birman, Pedro Paulo Pereira, Gabriel Feltran e Paulo Malvasi. **Dilemas: Revista de Estudos de**

Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 335–356, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7331>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DAS, V. **Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário**. Tradução: Bruno Gambarotto. São Paulo: Editora Unifesp, 2020.

DESLANDES, SF. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DINIZ, D; NAVARRO, R. **@reliquia.rum**. Instagram. Disponível em: <https://www.instagram.com/reliquia.rum/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

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

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Editora Paz e Terra Ltda., 2021.

GIAMATTEY, MEP; FRUTUOSO, JT; BELLAGUARDA, ML dos R; LUNA, IJ. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, esp., e20210208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MACHADO, AV; FERREIRA, WE; VITÓRIA, MA de A; MAGALHÃES JÚNIOR, HM; JARDIM, LL; MENEZES, MAC; SANTOS, RP de O; VARGAS, FL; PEREIRA, EJ. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2965–2978, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10102023>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MANAUS. Prefeito anuncia dignidade às vítimas da COVID-19 sepultadas em covas coletivas. **Prefeitura de Manaus**, Manaus, 3 nov. 2021. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/noticia/assistencia/prefeito-anuncia-dignidade-as-vitimas-da-covid-19-sepultadas-em-covas-coletivas/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MANTESSO, JB de O; OLIVEIRA, PS de; CARVALHO, RH de SBF de; ERAZO-CHAVEZ, LJ; OLIVEIRA, L de KR; VELOSO, L da C; LAGES, JS; LAMY, ZC. Gestão hospitalar em situação de crise sanitária: o que aprendemos com a Covid-19?. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 9, p. 1-27, 2024. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-088>. Acesso em: 16 mar. 2025.

MERHY, EE. **Cartografia do trabalho vivo em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, MCS. **Desafios do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MONTEIRO, M; DI GIULIO, G. A Covid-19 no Brasil: governança e políticas da expertise. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 29, n. 2, 2024. DOI: 10.52780/res.v29i2.18926. Acesso em: 2 jan. 2026.

MOTTA A. Estilos mortuários e modos de sociabilidade em cemitérios Brasileiros oitocentistas. **Horiz antropol** [Internet]. v. 16, n. 33, p. 55-80, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000100005>. Acesso em: 21 de jul. 2025.

OLIVEIRA, AB; CHAVES, SCL. A estratégia de resposta da Nova Zelândia à COVID-19: lições aprendidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 3573–3586, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.13562022>. Acesso em: 15 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community**. Interim guidance, [s. l.], 18

mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492>. Acesso em: 10 fev. 2025.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista De Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>. Acesso em: 20 jan. 2026.

RODRIGUES, JC. **O Tabu da Morte**. Fiocruz, 2008.

SOARES, CLM; ALVES, G; SANTOS, E; PAIM, JS. A resposta de Itália e Vietnã à pandemia de COVID-19: análise de duas experiências internacionais à primeira onda da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 3057–3068, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.20812022>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SCHUCH, P; JOSEPH, H; DAMO, AS; VICTORIA, C. Depois da Covid-19: a persistência da memória. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 30, n. 69, e690410, 2024. ISSN 1806-9983 (on-line). Acesso em: 18 jan. 2026.

TRINDADE, DAP; PACHECO, MAB; NETO, NCD; BATISTA, NV; LEITE, JMS; LOYOLA, CMD. LUTO, RITOS E RITUAIS: NARRATIVA DE FAMILIARES SOBRE A VIVÊNCIA DE MORTE POR COVID-19. **Revista Psicologia em Foco**, [s. l.], v. 15, n. 21, p. 70-84, 2025. Disponível em: <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/4256>. Acesso em: 17 mar. 2026.

VINOT, F. **O que é habitar? Clínica psicanalítica e criação artística**. Contra Capa: Corpo Freudiano Seção Rio de Janeiro. 1. ed. [s. l.]: Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, 2025.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um evento de dimensões globais trouxe inúmeras rupturas nas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais. Este fenômeno resultou em adoecimento e morte de milhões, segundo a OMS. No Brasil essas mudanças foram acompanhadas de discursos divergentes sobre o vírus, uso de medicações, o valor de tecnologias científicas, como as vacinas, e até mesmo sobre a importância da ciência. Esses discursos foram construídos, disputados, normalizados e tal confluência constituiu as bases para fundamentar práticas cotidianas e institucionais.

O Sistema Único de Saúde enfrenta desafios históricos para garantir acesso igualitário aos cidadãos. Há disparidades regionais em termos de infraestrutura, recursos humanos e financiamento que impactam na qualidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. Diante das respostas do governo federal à emergência sanitária, diferentes estados e municípios adotaram medidas distintas que ampliaram ainda mais as dificuldades imputadas à população.

Na região Norte essas desigualdades já estavam presentes antes da pandemia de Covid-19. O Estado do Amazonas apresentava baixa capacidade hospitalar para atender casos graves. Manaus tornou-se um caso emblemático do colapso do sistema de saúde. Além da precariedade estrutural outras ações realizadas pelas autoridades sanitárias locais, apostando na "imunidade de rebanho" e na adoção do "kit covid" como política de saúde, resultaram numa ação necropolítica do Estado, isto é, uma prática seletiva de administrar populações e decidir quem pode viver e quem deve morrer.

As experiências de adoecimento e busca por cuidado de pacientes e familiares estão situadas neste contexto. Em Manaus, o ambiente hospitalar foi descrito como “cenários de guerra” e “filme de zumbi”. O sofrimento, as incertezas e o medo estiveram presentes durante todo o itinerário terapêutico, até o retorno para casa, já recuperados e com o sentimento de gratidão aos trabalhadores da saúde de São Luís, Maranhão. Ao longo do percurso, as linhas traçadas entre pacientes, familiares e trabalhadores da saúde proporcionaram encontros que ressignificaram os sentidos da saúde e da vida.

É pela ótica de pacientes, familiares e profissionais de saúde que compartilharam seus percursos, estratégias, emoções e dúvidas, em um dado contexto, que se buscou problematizar e contribuir para a compreensão de um fenômeno de dimensão global a partir de um enfoque micropolítico. O cuidado entendido com uma prática que engloba as dimensões técnica, política e moral produz uma articulação que tensiona e, ao mesmo tempo, possibilita ampliar uma

concepção de saúde restrita à dimensão biomédica. Há um caráter situacional e relacional do cuidado que está vinculado a um contexto sociopolítico.

As restrições impostas pela emergência sanitária suspenderam direitos de trabalhadores da saúde, de usuários e familiares. As mudanças ocorridas na dinâmica hospitalar incluíram sobrecarga de trabalho, adoecimento de profissionais, falta de leitos, de insumos e demais recursos. As alterações frequentes nos protocolos faziam parte de um cenário de incertezas e os profissionais, a despeito do treinamento técnico e subjetivo do trabalho em saúde, sofreram também com o número considerado excessivo de mortes, com a comunicação com os familiares, a identificação dos mortos à distância e a impossibilidade de contato físico, devido ao risco de contaminação. Estes elementos ampliaram um sofrimento sobre o qual pouco se fala.

Uma vez declarado o fim da pandemia, o silêncio estabelecido não contribui para a elaboração das perdas: individuais, familiares, profissionais, de um lado, das ações do Estado e das relações multilaterais, de outro lado. Em Manaus, os corpos sepultados nos cemitérios em covas coletivas rompem com uma noção de saúde como bem-estar físico da população em geral e do biopoder como um objetivo essencial do poder político. Para os profissionais de saúde que arriscaram suas vidas em condições laborais precárias, o silêncio sobre o valor do trabalho e de suas vidas contradiz com as imagens heroicas midiaticizadas. As investigações sobre gastos públicos e omissões de governos municipais, estaduais e federal não são conclusivas em termos de responsabilidades sanitárias.

A função social do silêncio é imputar ao nível individual uma resposta ao sofrimento, desconsiderando as responsabilidades coletivas. O silêncio institucionalizado também aposta no esquecimento e na desarticulação de uma memória coletiva.

Os modos como as experiências foram sentidas, narradas e vividas ajudam a compreender os diversos saberes, as formas de resistência e as buscas por cuidado que surgiram no enfrentamento dessa crise. Essa tese é lugar de expressão e reflexão sobre um fenômeno de grandes proporções e desdobramentos. É preciso problematizar esta tragédia, bem como a naturalização das desigualdades em termos locais, nacionais e no âmbito das relações multilaterais, que emergiu naquele contexto.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.
- AGÊNCIA CENARIUM. **Cemitério que teve valas coletivas na Covid-19 em Manaus vira alvo do MP após abandono**. 2025. Disponível em: <https://agenciacenarium.com.br/ceimiterio-que-teve-valas-coletivas-na-covid-19-em-manaus-vira-alvo-do-mp-apos-abandono/>. Acesso em: 19 mar. 2026.
- ALMEIDA, Rodrigo Natan do Nascimento; RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; LAMY, Zeni Carvalho; OLIVEIRA, Marcela Lobão de; ERAZO-CHAVEZ, Leidy Janeth; OLIVEIRA, Poliana Soares de. PSICODINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE: Sofrimento e resistência em contexto prolongado de crise. **Psicologia e Saúde em debate**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 1083–1108, 2025. DOI: 10.22289/2446-922X.V11A2A62. Disponível em: <https://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1446>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de; CASOTTI, Elisete; SILVÉRIO, Rafaela Fidelis Lima. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. e00163222, fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163222>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TrJWgrJ7PLLfHsJd3KQwtgh/>. Acesso em: 25 mar. 2024.
- ALVES, Paulo César. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 1547–1554, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yZJWqGtsJZWmnsSzxyKTDcy>. Acesso em: 20 maio 2023.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento *In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde /* Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolodi Francescato Ruiz, Aluísio Gomes da Silva Junior (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p. 27-97. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>.
- AMAZONAS (Estado). Governo do Estado. Defesa Civil. **Comitê de Enfrentamento à Covid-19**. Manaus: Defesa Civil, jan. 2021.
- ARANTES, Pedro Fiori; SÍGOLO, Vanessa; GHISLENI, Pâmela. Necropolítica e memória na pandemia de Covid-19: Análise das iniciativas de justiça e reparação no Brasil. *Revista ARA*, São Paulo, Brasil, v. 15, n. 15, p. 287–315, 2023. DOI: 10.11606/issn.2525-8354.v15i15p287-315. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistaara/article/view/214968>. Acesso em: 11 mar. 2026.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022. Disponível em: <https://abrasco.org.br/download/dossie-abrasco-pandemia-de-covid-19/>.

BARATA, Rita Barradas. Outbreaks and epidemics investigations: changes in theories, concepts, and practices from the 18th to the 21st century. **Saúde Soc.** São Paulo, v.33, n.1, e220310pt, 2024.

BARLOW, Ashley *et al.* Review of Emerging Pharmacotherapy for the Treatment of Coronavirus Disease 2019. **Pharmacotherapy**, [s. l.], v. 40, n. 5, p. 416–437, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/phar.2398>. Disponível em: <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.2398>. Acesso em: 10 maio 2024.

BARNA, Mark. Member countries agree to ambitious WHO Pandemic Agreement. Public Health Newswire, **American Public Health Association**, 20 maio 2025. Disponível em: <https://www.apha.org/publications/public-health-newswire/articles/who-pandemic-agreement-resolution>. Acesso em: 23 maio 2025.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; COSTA FILHO, Raimundo Valter; RAMOS, Ronaldo Fernandes. Colapso na saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da Covid-19. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 45, n. 131, p. 1126–1139, out./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ktbLC8Qcncmt4nKgKgJr6TS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BAZONI, Patrícia Silva *et al.* Self-medication during the COVID-19 pandemic in Brazil: Findings and implications to promote the rational use of medicines. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 20, n. 12, p. 6143, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20126143>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/12/6143>. Acesso em: 10 maio 2024.

BBC NEWS BRASIL. Covid em Manaus: sem oxigênio, pacientes dependem de ventilação manual para sobreviver em Manaus. **BBC News Brasil**, 15 jan. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55674229>. Acesso em: 08 maio 2024.

BONET, Octavio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 327–350, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/2238-38752014v422>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/DY5QngrQbd3ZgsQTD6Sjgvs/?lang=pt>. Acesso em: 06 maio 2024.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de, organizadores. **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 385-400.

BRASIL. Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. **Presidente Lula sanciona lei que institui o Dia Nacional em Memória das Vítimas da Covid-19**. Brasília, DF, 11 maio 2026. Disponível em: gov.br/SRI. Acesso em: 17 maio 2026. (gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações Emergenciais Decorrentes do Agravamento dos Casos de covid-19 no Estado do Amazonas**. 2021. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano_manaus-18-01.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil: casos e óbitos**. 2021 Disponível em:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado integral à saúde na pandemia de COVID-19: orientações e tecnologias para o enfrentamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA DOENÇA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 COVID-19**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Ebook. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_corpos_coronavirus_covid19.pdf. Acesso em: 08 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde já viabilizou transferência de 261 pacientes do Amazonas para outros estados**. Brasília, 25 jan. 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/ministerio-da-saude-ja-viabilizou-transferencia-de-261-pacientes-do-amazonas-para-outros-estados>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília, 2021.

Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde recruta mais de 2,5 mil profissionais para fortalecer o atendimento em Manaus**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/janeiro/saude-recruta-mais-de-2-5-mil-profissionais-para-fortalecer-o-atendimento-em-manaus>. Acesso em: 10 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil vota favoravelmente a Acordo de Pandemias aprovado pela OMS**. Brasília: Ministério da Saúde. 20 maio 2025. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/maio/brasil-vota-favoravelmente-a-acordo-de-pandemias-aprovado-pela-oms>. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 15.406, de 11 de maio de 2026. Institui o Dia Nacional em Memória das Vítimas da Covid-19. Brasília, DF: Presidência da República, 2026. Disponível em: [Legis Senado](https://www2.camara.leg.br). Acesso em: 14 maio 2026. (www2.camara.leg.br).

BURY, M. Chronic Illness as Biographical Disruption. **Sociology of Health & Illness**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413->

[81232011001200016](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290068). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2025.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação: a Ciência, a Sociedade e Cultura Emergente**. 30 ed. Rio de Janeiro: Cultrix, 2012.

CARVALHO, RH de SBF de; ALVES, MTSS de B e; SILVA-JUNIOR, AG da; ALEXANDRE, GC; COIMBRA, TRS; MORAES, M; MENEZES, LO de; OLIVEIRA, SS de; THOMAZ, EBAF; LAMY, ZC; BARREIRA, LSG. Maternal health during the COVID-19 pandemic: Experiences of health workers in three Brazilian municipalities. **PLoS ONE**, [s. l.] v. 18, n. 8, e0290068, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290068>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CARRARA, Sérgio. Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0.

CHADE, J. **Abin avisou que iria faltar oxigênio em Manaus**. Vero Notícias, Brasília, 31 julho 2025. Disponível em: <https://veronoticias.com/artigo/abin-avisou-que-iria-faltar-oxigenio-em-manaus/>. Acesso em: 04 fev. 2026.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONASEMS. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**: 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/covid-19-guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia-na-rede-de-atencao-a-saude/>. Acesso em: 23 maio 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Normativas estaduais para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil**. Coleção COVID-19, volume VII. Brasília: CONASS, 2023. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca>. Acesso em: 23 maio 2023.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, 2011. p. 21-33.

DAS, Venna. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. **Cadernos Pagu** (37), julho-dezembro de 2011:9-41

DAS, Veena. **Vida e palavras: A violência e sua descida ao ordinário**. 1. ed. São Paulo: Editora Unifesp, 2020a.

DAS, Veena. Facing Covid-19: My Land of Neither Hope nor Despair. In: DAS, Veena; KHAN, Naveeda (ed.). Covid-19 and Student Focused Concerns: Threats and Possibilities. **American Ethnologist**, 1 maio 2020b. Disponível em: <https://americanethnologist.org/online-content/collections/covid-19-and-student-focused-concerns-threats-and-possibilities/facing-covid-19-my-land-of-neither-hope-nor-despair/>. Acesso em: 08 maio 2024.

DELUMEAU, Jean. **História do medo no Ocidente: 1300-1800**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DESLANDES, SF. **Frágeis deuses:** profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DINIZ, Debora. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 2016.

DINIZ, Débora. Álbum de Memórias. Darcy – Revista de Jornalismo Científico e Cultural da Universidade de Brasília, n. 24, jul./dez. 2021, p. 56-65. Disponível em: <<https://revistadarcy.unb.br/images/PDF/darcy24.pdf>> . Acesso em: 20 mar. 2025.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FERRANTE, Lucas; FEARNSIDE, Philip Martin. Brazil's Amazon Oxygen Crisis: How Lives and Health Were Sacrificed During the Peak of COVID-19 to Promote an Agenda with Long-Term Consequences for the Environment, Indigenous Peoples, and Health. **J Racial Ethn Health Disparities**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 1501-1508, jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01626-1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37184812/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FETEC-CUT/CN. **Caos em Manaus é tragédia anunciada e tem raiz no descaso de Bolsonaro com a pandemia**. 15 jan. 2021. Disponível em: <https://feteccn.com.br/brasil/caos-em-manaus-e-tragedia-anunciada-e-tem-raiz-no-descaso-de-bolsonaro-com-a-pandemia/>. Acesso em: 21 maio 2023.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2021a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Editora Paz e Terra Ltda., 2021b.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. 8 ed. São Paulo: Forense Universitária, 2012.

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2021. Acesso em: 02 de abril de 2024.

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. **Boletim:** situação epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Amazonas. 2021. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_Situa%C3%A7%C3%A3o_Epidemiol%C3%B3gica_de_COVID-19_e_da_S%C3%ADndrome_Respirat%C3%B3ria_Aguda_CKtDhSL.pdf. Acesso em: 06 maio 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Nota técnica:** limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID-19. 2020. Disponível em: <https://fiocruz.br/nota-tecnica-limites-e-possibilidades-dos-municipios-brasileiros-para-o-enfrentamento-dos-casos>. Acesso em: 08 fev 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Guia sobre o Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19: IDS-COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/idscovid19/wp-content/uploads/2022/06/Guia-do-IDS-COVID-19.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: **Itinerários terapêuticos:** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde / Tatiana Engel Gerhardt, Roseni Pinheiro, Eliziane Nocolodi Francescato Ruiz, Aluísio Gomes da Silva Junior (organizadores). Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016. p. 27-97. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>.

GIAMATTEY, MEP; FRUTUOSO, JT; BELLAGUARDA, ML dos R; LUNA, IJ. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, esp., e20210208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>. Acesso em: 15 mar. 2025.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo Alves; PONTES, Maria Luiza. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bmK7md56D7MSpjYkMYs3SLd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2022.

GOUGET, Daniella Teixeira Dantas; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A resignificação do cuidado no contexto de pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 7, p. e03692024, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03692024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGD3tJqgMdjZQZpHkTXgqLC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 20 maio 2024.

GUERRERO, Claudia Susana Pérez; FREIRE, Daniela de Aquino; OLIVEIRA, Denize Cristina de; COSTA, Aurélio Molina da; DA SILVA ABRÃO, Fátima Maria. Representações sociais da Covid-19 entre adultos e idosos internados. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. e87354, 2025. DOI: 10.12957/reuerj.2025.87354. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/87354>. Acesso em: 28 abril. 2025.

HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7TFzrZpKfVhHsGTg3553D8v/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2022.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/NkL53NvwfV64hdCPk53wGNN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2020: Dados de Manaus**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>. Acesso em: 13 out. 2022.

JAMILI, Sara *et al.* Experience of patients hospitalized with COVID-19: A qualitative study of a pandemic disease in Iran. **Health Expectations**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 513–521, abr. 2022. DOI: [10.1111/hex.13280](https://doi.org/10.1111/hex.13280). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224643/>. Acesso em: 10 maio 2024.

JODELET, Denise. **Representações Sociais: e mundos de vida**. Edição de Nikos Kalampalikis. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Curitiba: PUCPress, 2017.

JOSEPH, Andrew. WHO members adopt pandemic treaty, as U.S. shuns meeting. **STAT News**, 20 maio 2025. Disponível em: <https://www.statnews.com/2025/05/20/who-pandemic-treaty-tedros-us-covid/>. Acesso em: 23 maio 2025.

KOLATA, Gina. **Gripe: a história da pandemia de 1918**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, abr./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr 2022.

LEITÃO, Miriam. Prefácio. In: MACHADO, Laura Muller. **Legado de uma pandemia: 26 vozes conversam sobre os aprendizados para política pública**. Rio de Janeiro: Autografia; 2021. p. 7-9.

LE POIDEVIN, Olivia. Slovakia to challenge adoption of 'critical' global pandemic agreement. **Reuters**, 19 maio 2025. Disponível em: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/slovakia-challenge-adoption-critical-global-pandemic-agreement-2025-05-19/>. Acesso em: 23 maio 2025.

MACHADO, AV; FERREIRA, WE; VITÓRIA, MA de A; MAGALHÃES JÚNIOR, HM; JARDIM, LL; MENEZES, MAC; SANTOS, RP de O; VARGAS, FL; PEREIRA, EJ. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2965–2978, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10102023>. Acesso em: 15 mar. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Alanna Gomes da; CARDOSO, Laís Santos de Magalhães. Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 12, p. 4757–4769, dez.

2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nVqKXc5wPpsPNgTKc9fHBpt/>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MANTESSO, J. B. de O., OLIVEIRA, P. S. de, CARVALHO, R. H. de S. B. F. de, ERAZO-CHAVEZ, L. J., OLIVEIRA, L. de K. R., VELOSO, L. da C., LAGES, J. S., & LAMY, Z. C. (2024). Gestão hospitalar em situação de crise sanitária: o que aprendemos com a Covid-19?. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, 17(9), e10368. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.9-088>. Acesso em: 16 de mar. 2025.

MARANHÃO (Estado). Governo do Estado do Maranhão. **Maranhão contra o Coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://www.corona.ma.gov.br/leitos-exclusivos>. Acesso em: 15 out. 2022.

MARTINS, T. C. DE F.; GUIMARÃES, R. M.; PEREIRA, A. M. M.. BRICS na gestão da pandemia de COVID-19: um estudo comparativo com foco nas ações de distanciamento social e vacinação entre as nações do bloco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. e00069024, 2025.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2>. Acesso em: 20 mar. 2023.

MBEMBE, Achille. **O direito universal à respiração**. *Revista Serrote*, n. 39, 2020.

MEDEIROS, Rogério de Souza. A pandemia e as nossas desigualdades duradouras. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 1, n. 26, p. 320-362, jan./jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.46906/caos.n26.57370.p320-362>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/caos/article/view/57370>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MERHY, Emerson Elias. **Cartografia do trabalho vivo em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MISSE, Michel *et al.* Entre palavras e vidas: um pensamento de encontro com margens, violências e sofrimentos - Entrevista com Veena Das. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 335–356, abr./jun. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7331>. Acesso em: 25 mar. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner *et al.* (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Edição Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafios do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora. 14 ed. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia Clássica. *In*: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em**

representações sociais. Petrópolis: Vozes. 12. ed., 2013. p.89-111. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2963>. Acesso em: 17 abril 2023.

MONTEIRO, M; DI GIULIO, G. A Covid-19 no Brasil: governança e políticas da expertise. **Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 29, n. 2, 2024. DOI: 10.52780/res.v29i2.18926. Acesso em: 2 jan. 2026.

MORAES, Rodrigo Fracalossi de. Medidas legais de distanciamento social: análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da Covid-19 no Brasil. Nota Técnica nº 33. Diretoria de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, [s. l.], n. 33, abr 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/ntdinte33>. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10572>.

MORESCO, Marcielly Cristina. Quais vidas são choráveis? O perfil @reliquia.rum a partir das condições enlutáveis de J. Butler. *Revista Eco-Pós*, [S. l.], v. 26, n. 01, p. 397–420, 2023. DOI: 10.29146/eco-ps.v26i01.27731. Disponível em: https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/27731 . Acesso em: 07 maio. 2024.

MOTTA A. Estilos mortuários e modos de sociabilidade em cemitérios Brasileiros oitocentistas. **Horiz antropol** [Internet]. v. 16, n. 33, p. 55-80, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832010000100005>. Acesso em: 21 de jul. 2025.

MOURA, Thaís Fernanda Ribeiro de; MEDEIROS, Natasha Teixeira; SILVA, Francisca Maria Leite; SANTOS, Maria do Livramento Pereira dos. Uso de Tecnologias Leves na Prevenção da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 21, n. 1, 2022. DOI: 10.36925/sanare.v21i1.1519. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1519>. Acesso em: 25 maio. 2025.

OLIVEIRA, AB; CHAVES, SCL. A estratégia de resposta da Nova Zelândia à COVID-19: lições aprendidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 3573–3586, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.13562022>. Acesso em: 15 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Member States approve WHO Pandemic Agreement in World Health Assembly Committee, paving way for its formal adoption.** Genebra: OMS, 19 maio 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/19-05-2025-member-states-approve-who-pandemic-agreement-in-world-health-assembly-committee--paving-way-for-its-formal-adoption>. Acesso em: 23 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Noncommunicable diseases.** Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 26 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O impacto da COVID-19 nos profissionais de saúde e de assistência:** um olhar mais atento às mortes. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1>. Acesso em: 08 mai 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community. **Interim guidance**, [s. l.], 18 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331492>. Acesso em: 10 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Assembleia Mundial da Saúde adota histórico Acordo sobre Pandemias**. Genebra: OPAS/OMS, 20 maio 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/20-5-2025-assembleia-mundial-da-saude-adota-historico-acordo-sobre-pandemias>. Acesso em: 23 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2022.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

PESSOA, Sônia Caldas; MANTOVANI, Camila Maciel Campolina Alves. Experiências, cenas, corpos e afetos na era da covid-19. **Organicom: Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 18–27, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/68972>. Acesso em: 06 abril 2024.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/>. Acesso em: 06 maio 2022.

PREFEITURA DE MANAUS. **Prefeito anuncia dignidade às vítimas da COVID-19 sepultadas em covas coletivas**. Prefeitura de Manaus. 3 nov. 2021. Disponível em: <https://www.manaus.am.gov.br/noticia/assistencia/prefeito-anuncia-dignidade-as-vitimas-da-covid-19-sepultadas-em-covas-coletivas/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS. **Boletim**: Taxa de ocupação de leitos de covid-19. 2021. Disponível em: <https://www.saoluis.ma.gov.br/semus/noticia/38606/boletim-taxe-de-ocupacao-de-leitos-covid-19>. Acesso em 15 out. 2022.

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; OLIVEIRA, Luiz Roberto de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 753-767, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fGQr7m9LdpmHqh4fwmhCrpc/>. Acesso em: 15 out. 2022.

RABELO, Miriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-858567668X.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.

RANGEL-S, Maria Ligia *et al.* SUS na mídia em contexto de pandemia. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 134, p. 599–612, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NLscddd6DJQmNN6skXfL3bH/?lang=pt>. Acesso em: 15 abril 2023.

RANZANI, O. T. et al. *Characterisation of the first 250,000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil*. The Lancet Respiratory Medicine, 2022.

REIS, Geissy; FRANCH, Mónica. Do nome à coisa: a Covid-19 experienciada por mulheres domiciliadas em João Pessoa - o caso de Cristina. Pós - Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 26–40, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/43810>. Acesso em: 28 fev. 2024.

REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Claudia Pereira. **A Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva Queiroz *et al.* Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. spe1, p. 165-180, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VND68HxzNtMtBjX8bmG3dMH/>. Acesso em: 08 maio 2024.

RODRIGUES, JC. **O Tabu da Morte**. Fiocruz, 2008.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SABINO, Ester C. *et al.* Resurgence of COVID-19 in Manaus, Brazil, despite high seroprevalence. **The Lancet**, [s. l.], v. 397, n. 10273, p. 452-455, fev. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00183-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)00183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)00183-5/fulltext). Acesso em: 06 de março 2024.

SARAIVA, Nayara Ferreira de Souza; BARBOSA, Greice Kelly Peixoto; ALMEIDA, Stefano Santiago de Campos; SILVA JÚNIOR, Paulo Roberto da. (2024). Pandemia da COVID-19, rituais de despedida e atuação dos/as psicólogos/as junto aos/as enlutados/as. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, 12(1), 167-180.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020. Acesso em: 22 de maio de 2023.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; MIRANDA, Elaine Silva; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. e00348020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00348020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KbTcQRMdhjHSt7PgdlLNJyg/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2024.

SEGATA, Jean; LÖWY, Ilana. Covid longa, a pandemia que não terminou. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 30, n. 70, p. e700601, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9983e700601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/nvbMkWCWBZ9sh5QHwcpjJjc/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2024.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVA, Andreia Vicente da; RODRIGUES, Claudia; AISENGART, Rachel. Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Revista NUPEM**, v. 13 n. 30 (2021): Dossiê: Pestes, quarentenas, pandemias e pandemônios: visões e visualizações da doença ontem e hoje. DOI: <https://doi.org/10.33871/nupem.2021.13.30.214-234>. Disponível em: [Morte, ritos fúnebres e luto na pandemia de Covid-19 no Brasil | Revista NUPEM](#). Acesso em: 03 de fevereiro de 2025.

SOARES, Catarina Leite Matos *et al.* A resposta de Itália e Vietnã à pandemia de COVID-19: análise de duas experiências internacionais à primeira onda da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 3057–3068, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.20812022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4pwVRSQKKQ6B8FshnrhRPQP/>. Acesso em: 15 mar. 2024.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. Companhia de Bolso, 2007.

SCHUCH, P; JOSEPH, H; DAMO, AS; VICTORIA, C. Depois da Covid-19: a persistência da memória. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 30, n. 69, e690410, 2024. ISSN 1806-9983 (on-line). Acesso em: 18 jan. 2026.

SWAIN, Ranjula Bali; LIN, Xiang; WALLENTIN, Fan Yang. COVID-19 pandemic waves: Identification and interpretation of global data. **Heliyon**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. e25090, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25090>. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/articles/PMC10847870/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=wa. Acesso em: 26 maio 2025.

TRINDADE, DAP; PACHECO, MAB; NETO, NCD; BATISTA, NV; LEITE, JMS; LOYOLA, CMD. LUTO, RITOS E RITUAIS: NARRATIVA DE FAMILIARES SOBRE A VIVÊNCIA DE MORTE POR COVID-19. **Revista Psicologia em Foco**, [s. l.], v. 15, n. 21, p. 70-84, 2025. Disponível em: <https://revistas.fw.uri.br/psicologiaemfoco/article/view/4256>. Acesso em: 17 mar. 2026.

VINOT, F. **O que é habitar? Clínica psicanalítica e criação artística**. Contra Capa: Corpo Freudiano Seção Rio de Janeiro. 1. ed. [s. l.]: Corpo Freudiano Escola de Psicanálise, 2025.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 25 março. 2023.

VÍCTORA, Ceres, *et al.* “ALMOST NOTHING HAS CHANGED”: ORDINARY ETHICS AND FORMS OF LIFE IN PANDEMIC TIMES. **Sociologia & Antropologia**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 843–867, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2238-38752021v11n3>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/Zwt9QqQL6rC5G65VX5rrHSM/>. Acesso em: 04 maio 2023.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. *A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada*. Cadernos de Saúde Pública, 2020. Acesso em: 08 de setembro de 2023.

WESTFALL, Sammy. WHO signs international pandemic response treaty without the U.S. **The Washington Post**, Washington, 20 maio 2025. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/world/2025/05/20/who-pandemic-agreement-world-health-rfk-kennedy/>. Acesso em: 23 maio 2025.

WOLTER, Alana Hüttner. **Entre protocolos e representações sociais**: os desdobramentos do novo coronavírus na localidade de Taquaral, São Lourenço/RS. / Alana Hüttner Wolter. – Pelotas: UCPEL, 2022.

ZHENG, Yu *et al.* A systematic review of self-medication practice during the COVID-19 pandemic: implications for pharmacy practice in supporting public health measures. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 11, 1184882, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1184882>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1184882/full>. Acesso em: 04 maio 2024.

ZHOU, Chuan-Min *et al.* Global trends in COVID-19. *Infect Med* 2022; 1(1):31-39.

APÊNDICE A1. Questionário sociodemográfico para trabalhadores da saúde

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevistador(a):	

PARTE I – DADOS PESSOAIS

QUESTIONÁRIO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
1. Nome do profissional:
2. Gênero: (1) Masculino (2) Feminino
3. Local residência:
4. Você ficou em um lugar diferente de seu local de residência habitual durante a pandemia? (1) Sim (2) Não Se sim, responda: Local onde ficou durante a pandemia _____ Durante quanto tempo _____ (dias)
5. Qual a sua idade (em anos)? _____ anos
6. Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União consensual/estável (4) Separado/desquitado/divorciado(a) (5) Viúva(o) (6) Outra: _____ (7) Não quis informar
7. Qual a cor da sua pele (autodeclaração)? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe
8. Qual sua religião? (1) Nenhuma (2) Católica (3) Espírita/Kardecista (4) Protestante (Batista, Assembleia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová e outras) (5) Outra: _____ (6) Não sabe (7) Não quis informar
PARTE II - DADOS PROFISSIONAIS
9. Qual a sua profissão? (1) Residente _____ (categoria profissional e especialidade) (2) Médico _____ (especialidade) (3) Enfermeiro _____ (especialidade) (4) Fisioterapeutas (5) Fonoaudiólogos (6) Terapeutas ocupacionais (7) Psicólogos (8) Assistentes sociais (9) Técnicos de enfermagem

(10) Serviço de apoio: _____
10. Ano de formação (último nível de escolaridade) _____
11. Há quanto tempo trabalha no hospital (HU-UFMA)? _____ anos / _____ meses
12. Em que setor o senhor (a) trabalha atualmente? _____ Quanto tempo nesse setor _____ anos _____ meses
13. O senhor(a) foi trocado de setor ao início da pandemia? (1) Sim, qual setor? _____ (2) Não
14. Qual é seu setor de origem? _____ Quanto tempo nesse setor _____ meses/anos
15. Horas em média, semanais de trabalho total: Antes da pandemia: _____ (horas) Durante a pandemia: _____ (horas) Após a pandemia: _____ (horas)
16. Você se afastou do trabalho durante a pandemia? () Não () Sim Motivo: _____ Se sim, durante qual período? DD/MM/AA/ a DD/MM/AA

APÊNDICE A2. Roteiro de entrevista semiestruturada para trabalhadores da saúde

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevista: Presencial ()	Remota ()
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Hoje nós vamos conversar sobre a sua situação durante a pandemia da covid-19, especialmente em relação ao seu trabalho. Você trabalhou em serviços de assistência à saúde durante a pandemia da covid-19. Eu gostaria de conversar com você sobre o que você viveu e como se sentiu durante esse período (experiências, sentimentos e suas reflexões acerca desse período). Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

1. Conhecimento sobre saúde e doença e a nova doença – covid-19
2. Sentimentos provocados desde a notícia da pandemia
3. Primeiras influências concretas desta nova situação na vida
4. Situação de saúde durante a pandemia
5. Atendimento aos pacientes
6. Morte e luto na pandemia
7. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as experiências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?
8. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

APÊNDICE B1. Questionário para pacientes internados por covid-19 no HU-UFMA

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevistador(a):	

PARTE I – DADOS PESSOAIS

QUESTIONÁRIO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Nome da (o) entrevistada (o):	
2. Qual é a sua idade? _____ (anos)	
3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
4. Cidade de procedência: () São Luís () Manaus () Outra: _____ Estado: _____	
5. Endereço:	CEP:
6. A (o) sra. (sr.) mora em zona? (1) urbana (2) rural	7. Telefones:
8. O primeiro atendimento por covid-19 foi : _____ SUS _____ Rede privada	
9. Por quanto tempo foi hospitalizada (o) por covid-19? Em Manaus _____ Em São Luís _____	
10. Data de transferência para HU-UFMA: DD/ MM/AA/	
11. Quantos anos de estudo a (o) sra. (sr.) tem? _____ 12. Até que série a (o) sra. (sr.) estudou? (1) Analfabeta (2) Ensino fundamental ou 1º grau incompleto (3) Ensino fundamental ou 1º grau completo (4) Ensino médio ou 2º grau incompleto (5) Ensino médio ou 2º grau completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo (8) Não sabe	13. Qual sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Evangélica (Batista, Assembleia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová) (3) Espírita/Kardecista (4) Outra: _____ (9) Não informou
14. Qual seu estado civil? (1) Casada (2) Solteira (3) União consensual (4) Separada/desquitada/divorciada (5) Viúva (6) Outra: _____	15. Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarelo (5) Indígena (9) Não Sabe
16. Qual a sua situação profissional? (1) Empregada (2) Desempregada (3) Autônoma (4) Aposentado	17. Se empregada (o) ou autônoma (o), qual sua ocupação atual: _____
18. Qual a renda total da família no último mês? (somar os valores de todos que possuem renda na família) (1) Até um salário-mínimo (2) De 1 a 3 salários-mínimos (3) Mais de 3 salários-mínimos	19. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda) (1) Entrevistado(a) (2) Companheiro(a) (3) Outro _____
20. Atualmente a (o) sra. (sr.) mora? (1) Sozinha (2) Com os filhos	21. Quantas pessoas moram com a sra.? _____ (contar com a entrevistada)

(3) Com o marido/companheiro (4) Com o marido/companheiro e filhos (6) Vive com os pais (7) Vive com amigas/colegas (8) Outra	
22. Durante todo o processo de transferências até à internação teve acompanhamento de algum familiar? (1) sim (2) não (9) Não aplica	
23. Quem lhe acompanhou? (1) Esposa (o) (2) Filho (a) (3) Mãe (4) Pai (5) Amigo (6) Outro _____	
24. Quem recebeu informações do seu quadro clínico durante a sua internação no HU-UFMA? (1) Esposa (o) (2) Filho (a) (3) Mãe (4) Pai (5) Amigo (6) Outro: _____ Nome da pessoa que recebeu as informações: _____	

PARTE II – DADOS CLÍNICOS

INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRONTUÁRIO	
Data da coleta no prontuário / / Hora: _____	
Responsável pela coleta: _____	
1. Nome da (o) paciente: _____	
2. Idade durante a internação _____ (anos)	
3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
4. Cidade de procedência: Estado: ____ São Luís ____ Manaus Outra: _____	
5. Tempo de Internação no HU-UFMA: _____	
6. Intubação (1) sim (2) não Se sim. Por quantos _____ dias:	
7. Comorbidades: _____	
8. Complicações durante a internação: _____	
9. Responsável pelo Recebimento das Informações da Equipe (grau de parentesco, mudança de familiar?) _____	

APÊNDICE B2. Roteiro de entrevista semiestruturada para os pacientes

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevista: Presencial ()	Remota ()
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Hoje nós vamos conversar sobre seu adoecimento por covid-19.

Você pode nos falar de suas experiências desde que soube dessa nova doença e de quando suspeitou que estava acometido, como foi a busca por atendimento, sua hospitalização.

Eu gostaria de conversar com você sobre o que viveu e como se sentiu durante esse período.

Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

- 1. Conhecimento sobre saúde e doença e a nova doença – covid-19**

- 2. Sentimentos provocados desde o diagnóstico de covid-19**

- 3. Internação no HU-UFMA**

- 4. Relação com o pessoal de saúde**

- 5. Morte e luto durante a pandemia**

- 6. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as experiências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?**

- 7. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?**

**APÊNDICE C. Roteiro entrevista semiestruturada com familiares/responsáveis
indicados pelos pacientes entrevistados**

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevista: Presencial ()	Remota ()
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Hoje nós vamos conversar sobre a sua situação como familiar de uma pessoa com covid-19, especialmente em relação à hospitalização. Eu gostaria de conversar com você sobre o que viveu e como se sentiu durante esse período. Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

- 1. Conhecimento sobre saúde e doença e a nova doença – covid-19**
- 2. Sentimentos provocados desde o diagnóstico de covid-19**
- 3. Processo de transferência para o HU-UFMA**
- 4. Relação com o pessoal de saúde**
- 5. Morte e luto durante a pandemia**
- 6. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as experiências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?**
- 7. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?**

APÊNDICE D. Termo de consentimento livre e esclarecido

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “EXPERIÊNCIAS DE PACIENTES, FAMILIARES E TRABALHADORES DA SAÚDE NA BUSCA POR CUIDADOS: O que aprendemos com situações de crises”.

O presente estudo visa analisar as experiências de pacientes, seus familiares e de trabalhadores da saúde no contexto da pandemia de covid-19, contribuindo para a identificação de mudanças ocorridas na estrutura, organização e dinâmica de trabalho na assistência à pacientes com covid-19, comparar diferentes experiências de pacientes, familiares e trabalhadores da saúde

Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à análise das experiências de profissionais de saúde, no entanto, há um benefício indireto aos profissionais participantes da pesquisa, já que compreender a percepção e os efeitos da pandemia nos profissionais, poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação poderá ser respondendo a perguntas que serão feitas em entrevista individual ou em grupo por meio de um roteiro. Também serão perguntadas informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr.(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo(a) Sr.(a), constrangimento ou lembranças de experiências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) Sr.(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o (a) Sr.(a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Zeni Carvalho Lamy (98) 981268622 ou Marcela Lobão de Oliveira (98) 981166240 no período da manhã (08-12h) ou da tarde (14-18h), inclusive a cobrar. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU-UFMA, Rua Barão de Itapary nº227, 4º andar – Centro. São Luís – Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109-1250 / 1092.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O(a) Sr.(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Se o(a) Sr.(a) entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo em papel ou de forma eletrônica, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) Sr.(a)

Agradecemos muito a sua colaboração.

_____, ____/____/____

Pesquisador

Assinatura do Participante da pesquisa

APÊNDICE E - Quadros com Dados Sociodemográficos dos Entrevistados

Quadro 4. Características sociodemográficas gerais dos pacientes de Manaus transferidos para São Luís durante a pandemia de covid-19

Entrevista	Nome fictício	Idade	Sexo	Cidade de procedência	Zona	Religião	Estado civil	Cor	Situação profissional	Escolaridade	Renda total mensal	Familiar com maior renda	Mora com	Nº de moradores
PAC1	Maria	71	Feminino	Manaus	Urbana	Espírita/kardecista	Casado	Branca	Aposentada	Ensino médio ou 2 grau completo	Mais de 3 salários-mínimos	Companheiro	Companheiro	2
PAC2	Joana	59	Feminino	Manaus	Urbana	Católica	Separado/divorciado	Parda	Autônomo	Ensino fundamental ou 1 grau completo	De 1 a 3 salários-mínimos	Filho	Filhos	4
PAC3	Antônia	73	Feminino	Manaus	Urbana	Católica	Separado/divorciado	Parda	Aposentada	Ensino superior completo	Mais de 3 salários-mínimos	Entrevistado	Neto	2
PAC4	José	52	Masculino	Manaus	Urbana	Católica	Casado	Branca	Empregada	Ensino superior incompleto	Mais de 3 salários-mínimos	Companheiro	Companheiro e filhos	4
PAC5	Joaquim	56	Masculino	Venezuela	Urbana	Evangélica	Solteiro	Branca	Empregada	Ensino médio ou 2 grau completo	De 1 a 3 salários-mínimos	Entrevistado	Sozinho	
PAC6	João	57	Masculino	Manaus	Urbana	Não informou	Casado	Branca	Autônoma	Ensino médio ou 2 grau completo	Mais de 3 salários-mínimos	Entrevistado	Companheiro e filhos	4
PAC7	Pedro	57	Masculino	Manaus	Urbana	Católica	Solteiro	Branca	Aposentada	Ensino médio ou 2 grau incompleto	De 1 a 3 salários-mínimos	Mãe	Pais e filhos	3
PAC8	Lucas	39	Masculino	Manaus	Urbana	Católica	Casado	Parda	Empregada	Ensino médio ou 2 grau completo	De 1 a 3 salários-mínimos	Entrevistado	Companheiro e filhos	5
PAC9	Paula	55	Feminino	Manaus	Urbana	Evangélica	Solteiro	Branca	Desempregada	Ensino superior completo	Mais de 3 salários-mínimos	Cunhado	Sozinha	
PAC10	Amélia	44	Feminino	Manaus	Urbana	Evangélica	Casado	Branca	Empregada	Ensino médio ou 2 grau completo	Mais de 3 salários-mínimos	Entrevistado	Companheiro e filhos	3
PAC11	Rita	50	Feminino	Manaus	Urbana	Católica	Casado	Parda	Autônoma	Ensino médio ou 2 grau completo	Mais de 3 salários-mínimos	Companheiro	Companheiro	2
PAC12	Mateus	55	Masculino	Manaus	Urbana	Católica	Viúvo	Branca	Autônoma	Ensino médio ou 2 grau incompleto	Mais de 3 salários-mínimos	Entrevistado	Companheira e filhos	3

Quadro 5. Características de internação dos pacientes de Manaus transferidos ao São Luís durante a pandemia de Covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2022.

Entrevista	Acompanhamento familiar durante transferência	Familiar Acompanhante em São Luís	Familiar entrevistado	1º atendimento	Tempo de hospitalização Manaus (dias)	Tempo de hospitalização São Luís (dias)	Data de transferência
PAC1	Sim	Filha	Filho	SUS	8	9	15/01/2021
PAC2	Não	Não	Filho	SUS	3	14	15/01/2021
PAC3	Sim	Neta	Neta	SUS	3	7	16/01/2021
PAC4	Não	Não	Esposa/companheira	SUS	2	6	20/01/2021
PAC5	Não	Não	Amiga	SUS	4	12	16/01/2021
PAC6	Não	Não	Esposo/companheiro	SUS	3	12	15/01/2021
PAC7	Não	Não	Ex-companheira	SUS	4	37	15/01/2021
PAC8	Não	Não	Esposo/companheiro	Rede privada	4	19	19/01/2021
PAC9	Não	Não	Irmã	SUS	15	5	16/01/2021
PAC10	Não	Não	Esposo	SUS	3	15	16/01/2021
PAC11	Não	Não	Filho	SUS	3	7	20/01/2021
PAC12	Não	Não	Irmã	SUS	4	6	16/01/2021

Quadro 6. Características sociodemográficas gerais dos trabalhadores da saúde do HU-UFMA durante a pandemia de covid-19. São Luís, Maranhão, Brasil. 2021.

ORDEM	CÓDIGO	NOME FICTÍCIO	IDADE	LOCAL DE MORADIA DIFERENTE	ESTADO CIVIL	COR DA PELE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO/ FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO HU	ESCOLARIDADE	MUDANÇA DE SETOR?	SUSPEITA COVID	COVID CONFIRMADO EM 2020/21
Ent1	GES6	Maria	36	Não	Casado (a)	Preta	Nenhuma	Fonoaudióloga	7 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não
Ent2	GES1	Géssica	49	Não	Solteiro (a)	Parda	Católica	Coordenadora Enfermeira	15 anos	Superior Completo	Sim	Sim	Não
Ent3	TE1	Elvira	39	Não	Casado (a)	Parda	Umbanda	Téc. Enferm.	7 anos	Nível técnico	Sim	Não	Não
Ent4	ENF1	Tales	40	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Enfermeiro	8 anos	Doutorado	Sim	Não	Não
Ent5	FONO1	Eduardo	38	Não	Solteiro (a)	Branca	Católica	Fonoaudiólogo	8 anos	Superior Completo	Sim	Sim	Sim
Ent6	APOIO1	Manuel	23	Não	Casado (a)	Preta	Nenhuma	Maqueiro	4 anos	Ens. Médio Completo	Sim	Sim	Sim
Ent7	GES2	Geovana	37	Não	Divorciado (a)	Preta	Protestante	Coord. na Gestão	8 anos	Especialista	Não	Sim	Sim
Ent8	TO1	José	44	Não	Casado (a)	Preta	Protestante	Terapeuta Oc.	7 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não
Ent9	ENF3	Célio	38	Não	Divorciado (a)	Parda	Protestante	Enfermeiro	3 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não
Ent10	MED1	Marcio	30	Sim	Casado (a)	Parda	Católica	Médico	5 anos	Especialista	Sim	Sim	Sim
Ent11	PSIC1	Patricia	39	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Psicóloga	7 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não
Ent12	APOIO2	Marcelo	40	Não	Divorciado (a)	Parda	Católica	Maqueiro	22 anos	Ensino Médio Completo	Sim	Não	Não
Ent13	GES3	Sandra	66	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Chefe da gestão	34 anos	Superior Completo	Não	Não	Não
Ent14	PSIC2	Priscila	42	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Psicóloga	8 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não
Ent15	FISIO1	Francisco	42	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Fisioterapeuta	7 anos	Superior Completo	Sim	Sim	Sim
Ent16	ASOC1	Aline	52	Não	Casado (a)	Parda	Católica	Assistente Social	12 anos	Superior Completo	Sim	Sim	Sim
Ent17	ASOC2	Ana	37	Não	Solteiro (a)	Preta	Católica	Assistente Social	7 anos	Superior Completo	Sim	Não	Não

Ent18	GES4	Denise	41	Não	Casado (a)	Parda	Católica	Chefia Apoio Terapêutico/ Enfermeiro (a)	18 anos	Mestrado/doutoran da	Não		
Ent19	GES7	Gustavo	39	Não	Casado (a)	Branca	Nenhuma	Médico da CCIH/ Infectologista	3 anos	Especialista	Não	Sim	Sim
Ent20	GES8	Antonia	48	Sim	Casado (a)	Preta	Católica	Enfermeiro	7 anos	Especialista	Sim	Sim	Sim
Ent21	GES5	Thaís	40	Não	Casado (a)	Branca	Nenhuma	Chefe da divisão de gestão/ Enfermeira	18 anos	Superior Completo	Não	Sim	Sim
Ent22	GES9	Norma	36	Não	Divorciado (a)	Preta	Católica	Chefe da Unidade de/ Administrador	8 anos	Superior Completo/ Especialista	Não	Sim	Sim
Ent23	ENF TEMP1	Erica	48	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Enfermeiro	1 ano	Superior Completo	Sim	Sim	Sim
Ent24	TÉC TEMP1	Tina	51	Não	União consensual/es tável	Preta	Católica	Técnico de enfermagem	10 meses	Ensino Médio Completo	Sim	Sim	Sim
Ent25	TÉC TEMP2	Tania	52	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Técnico de enfermagem	11 meses	Ensino Médio Completo	Sim	Não	Não
Ent26	TÉC TEMP3	Teresa	46	Não	Separado	Branca	Protestante	Técnico de enfermagem	10 meses	Ensino Médio Completo	Sim	Sim	Sim

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética do Projeto Guarda-Chuva

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Zeni Carvalho Lamy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46698921.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.872.840

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748843.pdf27/07/2021 16:37:52

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 31 de dezembro de 2019, foi comunicada da aparição de casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Algumas semanas depois, o agente etiológico foi identificado como um novo coronavírus, pertencente à família de vírus Coronaviridae, de origem zoonótica, causado por uma mutação do coronavírus existente em morcegos e

pangolins, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Posteriormente esse novo coronavírus foi denominado SARS-CoV-2, e a doença causada por ele chamada COVID-19 (BITAR; STEINMETZ, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; ZHU et al., 2020). As manifestações clínicas da COVID-19 podem variar de casos assintomáticos ou características semelhantes a uma gripe, com sintomas desde febre, tosse, dor de

garganta e coriza a manifestações clínicas graves que podem evoluir a óbito, principalmente em grupos de risco (MINISTERIO DA SAÚDE BRASIL, 2020a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b, 2020c). Em torno de 80% dos pacientes se recuperam sem complicações, sendo classificados como casos leves ou moderados (sem pneumonia ou com pneumonia viral leve). Os 20% restantes

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

evoluem com dispneia e hipoxemia secundárias

à pneumonia viral extensa, e é necessária internação para tratamento com oxigenioterapia, além de outras intervenções. Um quarto desses (cerca de 5% do total) progridem para o estado grave devido à insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque circulatório ou disfunção orgânica múltipla, requerendo cuidados de terapia intensiva. A letalidade nesse último grupo é superior a 40% (DAUMAS et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b, 2020c). Nos primeiros meses de 2020 foram identificados casos de COVID-19 em vários países ao redor

do mundo (BITAR; STEINMETZ, 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS anunciou que o surto da doença causado pelo novo coronavírus representava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março, presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, foi declarada como uma pandemia (ALVARENGA et al., 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020d). O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi notificado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, e no dia 20 de março foi declarada a transmissão comunitária em todo o território nacional, onde as medidas de isolamento de casos e contatos e o distanciamento social da população foram as principais medidas tomadas para retardar a expansão da COVID-19, o que permitiria uma adequação e pronta resposta ao acelerado aumento de casos e a demanda por leitos de internação, evitando o colapso do sistema de saúde (DAUMAS et al., 2020). A alta velocidade de transmissão e capacidade de ocasionar mortes em populações suscetíveis, além de insuficiente entendimento científico sobre o novo coronavírus, suscitaram incertezas em relação a quais seriam as estratégias mais adequadas para o enfrentamento da pandemia (BARRETO et al., 2020). Em um país como o Brasil, de dimensões continentais, com profundas desigualdades sociais, com condições precárias de vida, e com elevada carga de doenças, as estratégias de mitigação teriam consequências diferentes na disseminação da COVID-19 nas diferentes regiões. Desse modo, as ações de enfrentamento deveriam ser realizadas conforme as características de cada território e integradas com a situação global do país (BARRETO et al., 2020; COSTA; COTA; FERREIRA, 2020; DE LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020). Considerando que a principal forma de disseminação do vírus ocorre por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social constituiu-se como estratégia para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO et al., 2020). Em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da COVID-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (MINISTERIO DA SAÚDE BRASIL, 2020b). A pandemia causada

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

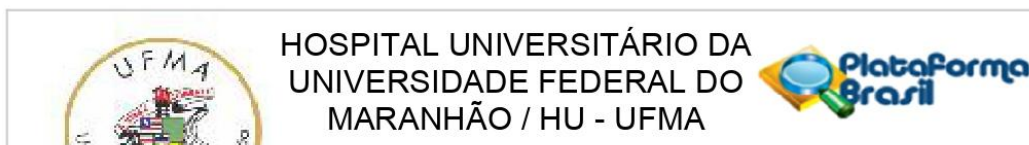
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) levantou um desafio único para todos os sistemas de saúde do mundo. Desde que o Brasil se tornou o epicentro da epidemia na América Latina, o Sistema Único de saúde (SUS) assumiu um papel central no controle da doença como o principal responsável pela cobertura de seguridade em saúde para a maior parte da

população brasileira (COELHO, 2021; FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; MELLAN et al., 2020). Em meio a uma crise de subfinanciamento permanente nos últimos anos e uma infraestrutura hospitalar com muitos problemas, o SUS enfrentou diferentes desafios em termos de acesso, formação de profissionais, adaptação hospitalar e aquisição de recursos para atender o alto número de casos graves e críticos em um curto período de tempo COVID-19 (BESEN, 2021; COELHO, 2021). Embora a infecção pelo SARS-COV-2 apresente uma letalidade baixa, o primeiro debate de especialistas girou em torno de sua alta transmissibilidade e as manifestações graves como pneumonia e insuficiência respiratória aguda, que poderiam levar a uma alta demanda por atendimento e, em consequência, ocasionar o colapso do sistema de saúde (FARIAS et al., 2020). O

segundo assunto debatido por especialistas foi a vulnerabilidade do SUS para suportar o atendimento dos casos que precisassem de assistência hospitalar, especialmente de leitos de UTI, devido à desigual distribuição de leitos de terapia intensiva no Brasil e à progressiva diferença entre usuários exclusivos do SUS e usuários da saúde complementar (CONASS, 2021). A maior concentração de leitos de terapia intensiva nas regiões Sul e Sudeste do Brasil evidencia a distribuição díspar em relação ao acesso a serviços. Nas 449 regiões de saúde do país, 25% evidenciam menos de 6,6 leitos por 10 mil habitantes e em relação a leitos de terapia intensiva, essa desigualdade sobressai mais, variando de 0,07 leitos para 10 mil habitantes no oeste do Amazonas a 3,3 leitos por 10 mil habitantes no estado de São Paulo (COELHO, 2021; PALAMIM; MARSON, 2020). Nesse contexto de recursos limitados e distribuição desigual entre as regiões, o SUS e a rede privada interromperam a atenção ambulatorial e demais

atividades de rotina, o que permitiu, de alguma forma, enfrentar a crise sanitária na maioria das regiões do país (NETO; VIDAL, 2021). Mesmo assim, especialmente os estados do Norte do país experimentaram situação de caos na saúde, a exemplo da cidade de Manaus que, por duas vezes, já sofreu um colapso no sistema de saúde com ênfase na atenção hospitalar devido à pandemia pelo SARS-CoV-2 (BUSS et al., 2021;

CONASS, 2021). Manaus, localizada na floresta tropical brasileira, é a maior metrópole da Amazônia, com uma população de mais de 2 milhões e uma densidade populacional de 158 habitantes/km² (BITAR; STEINMETZ, 2020; GALVAO et al., 2019). O primeiro caso de síndrome respiratória aguda grave pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em Manaus foi confirmado em 13 de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

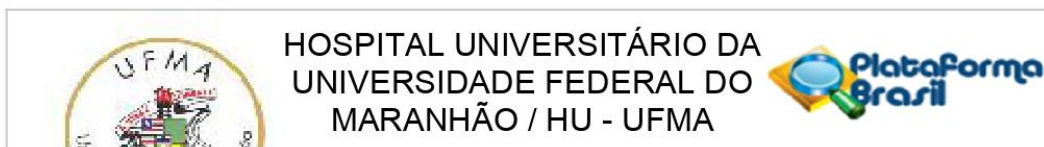
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

março de 2020. Até o dia 6 de abril de 2020, haviam sido registrados 532 casos da doença no Amazonas, sendo 473 em Manaus, capital do estado, segundo a Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (BITAR; STEINMETZ, 2020). Em abril de 2020, o prefeito de Manaus declarou que o sistema de saúde havia entrado em colapso devido ao grande volume de pacientes graves e críticos. Além disso, o fracasso em Manaus também significou um colapso em todo o estado, seguindo-se uma epidemia explosiva, com pico no início de maio e um excesso na mortalidade 4,5 vezes maior do que o início da pandemia (BUSS et al., 2021; ORELLANA et al., 2020). Desde o início de 2021, Manaus está passando por uma repetição desse colapso, com novo e surpreendente aumento de casos notificados e mortes por COVID-19. Em 25 de janeiro de 2021, o Brasil notificou mais de 8,9 milhões de casos confirmados com taxa de letalidade de 2,5%, enquanto o estado do Amazonas relatou mais de 205 mil casos com taxa de letalidade de 2,28%. Já em Manaus, registraram-se 110.689 casos e 4.911 mortes em 25 de janeiro de 2021 (LALWANI et al., 2021). A fragilidade da rede de atenção à saúde em Manaus, somada à marcante desigualdade social, contribuíram para o agravamento da situação, que atingiu o limite da capacidade de atendimento da rede hospitalar com falta de leitos e de oxigênio para tratar os pacientes diagnosticados com COVID-19, obrigando o governo a iniciar um processo de transferência de 235 pacientes da rede pública hospitalar para sete estados e o Distrito Federal (BRONZE; FERRARI, 2021; LALWANI et al., 2021). O Maranhão foi um dos estados que receberam pacientes. Foram 39 pacientes provenientes de Manaus, nos dias 15, 16 e 19 de janeiro de 2021. Os pacientes foram internados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) que disponibilizou leitos e mais de 100 profissionais de saúde para prover apoio e cuidados aos transferidos, que foram internados em enfermarias e UTI, quando necessário, adequadamente equipadas, incluindo monitores multiparamétricos e ventiladores mecânicos. Além do suporte assistencial, o hospital implementou uma série de ações para proporcionar suporte emocional, como mensagens de carinho na chegada do hospital, e garantir a comunicação entre os pacientes e seus familiares em Manaus. Essas ações incluíram vídeo chamadas ou teleconsultas, além de boletins médicos informando sobre o estado de saúde do paciente. Nesse contexto, no qual já há sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro nos três níveis (primário, secundário e terciário) e em virtude desse momento inusitado de distanciamento social e reorganização hospitalar completa para recepção de pacientes com quadro clínico moderado e grave em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (CAMELO-JR., 2020), o planejamento e gestão em saúde se adaptaram para garantir a assistência, uma vez que a COVID-19, além do impacto que causa por si só, alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, acompanhamento

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

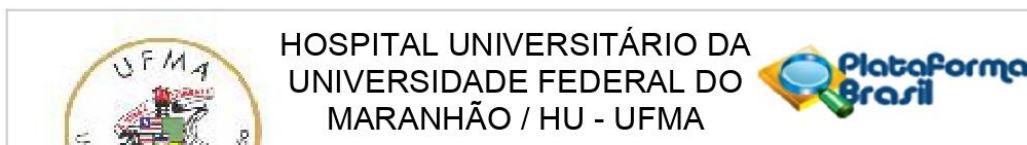
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

ambulatorial e demais atividades (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; REQUIA et al., 2020). Os serviços de saúde foram forçados a realocar leitos e funcionários em seus horários e funções, a disponibilizar mais ações no sentido de minimizar o impacto negativo da experiência de hospitalização, bem como proporcionar apoio para o enfrentamento do momento difícil e estabelecer medidas internas em resposta às alterações exigidas para o acolhimento de pacientes, família e profissionais das unidades (CAMELO-JR., 2020; PAULA et al., 2021). Além disso, a repercussão para os profissionais de saúde com excesso de trabalho, elevada carga de estresse emocional, grande risco de contaminação e desconhecimento em relação à COVID-19 levaram a grandes mudanças não apenas em sua rotina de trabalho, mas, também, no ambiente pessoal e familiar (BORGES; SOUZA, 2020; URGILÉS; GONZÁLEZ, 2020). A pandemia de COVID-19 gerou um impacto emocional significativo aos pacientes, seja pelo isolamento ou por incertezas com sua própria saúde, gerando pressão psicológica e outros problemas relacionados à saúde mental, podendo, conseqüentemente, levar a sentimentos de solidão, negação, sintomas de ansiedade, tristeza e desespero, o que poderia até diminuir a adesão ao tratamento médico (PÉRES; DAWAHER; PAREDES, 2020).

Hipótese:

A pandemia de COVID-19 obrigou os serviços de saúde a se reorganizarem em curto espaço de tempo e evidenciou fragilidades dos Sistemas de Saúde. A pandemia de COVID-19 agravou a situação socioeconômica da população e dificultou o acesso aos serviços e às medidas de prevenção. A pandemia de COVID-19 causou sobrecarga de trabalho dos profissionais com repercussões na vida laboral e privada. A pandemia de COVID-19 provocou mudanças no modo de viver e na experiência de adoecimento.

Metodologia Proposta:

5.1 Tipo de pesquisa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1992, 2012).

5.2 Local e período. A pesquisa será desenvolvida no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) localizado em São Luís, no período de maio de 2021 até março de 2022.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

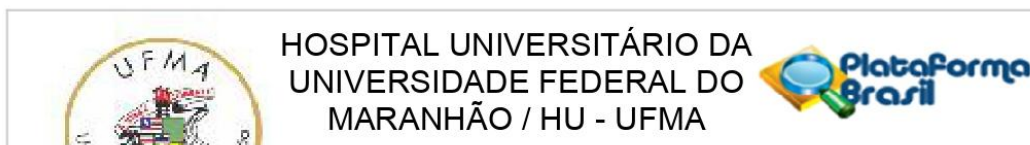
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e familiares durante a pandemia de COVID-19.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os profissionais da saúde, pacientes e familiares entrevistados;•Conhecer as percepções sobre a nova doença e seu adoecimento;
- Compreender as experiências de hospitalização na perspectiva dos pacientes e/ou de suas famílias;•Conhecer as mudanças ocorridas na estrutura, organização e dinâmica do trabalho na assistência a pacientes com COVID-19 na perspectiva dos profissionais (condições e processo de trabalho);•Comparar diferentes experiências de pacientes internados por COVID-19 procedentes do Amazonas e do Maranhão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, em percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia da COVID-19. Também serão solicitadas informações de dados pessoais e profissionais. Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido que esta pesquisa poderá originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e garantindo sigilo, confidencialidade e apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não haverá despesa alguma ao participante da pesquisa.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, os resultados ajudarão a conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este estudo qualitativo a ser desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19, pacientes internados com diagnóstico confirmado de COVID-19 transferidos da cidade de Manaus –Amazonas; familiares dos pacientes internados e profissionais de saúde que tiveram contato com esses pacientes. A partir da identificação de pacientes, familiares e

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

profissionais, a amostra será definida intencionalmente, em cada um dos quatro grupos de entrevistados, buscando contemplar a diversidade das situações encontradas, a partir de características identificadas como situação conjugal, idade, número de filhos, escolaridade, renda; características clínicas para os pacientes; e de situações vividas. O fechamento amostral se dará pela técnica de saturação de sentidos. Para obtenção dos dados serão utilizadas entrevista estruturada, entrevista semiestruturada e história de vida. Será utilizada análise de conteúdo na modalidade temática. Os dados produzidos serão sistematicamente organizados, descritos e interpretados em três etapas: pré-análises, exploração do material e à interpretação. Os dados serão apresentados por meio de eixos temáticos, organizados por meio da identificação das palavras, frases e/ou parágrafos representativos na análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.872.840

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748843.pdf	27/07/2021 16:37:52		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Numero_Parecer4739543.pdf	27/07/2021 16:32:17	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID_Manaus.pdf	27/07/2021 16:32:00	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
Outros	Parecer_COMIC_HUUFMA.pdf	27/07/2021 16:31:28	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Familiares.pdf	27/07/2021 16:30:52	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pacientes.pdf	27/07/2021 16:30:31	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProfissionaisSaude.pdf	27/07/2021 16:30:13	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
Outros	TermoCompr_Uso_Dados_COVID_Manaus.pdf	27/07/2021 16:29:37	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_COVID_Manaus.pdf	25/06/2021 12:33:13	Liliana Yanet Gomez Aristizabal	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Julho de 2021

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – Carta de Aceite do Artigo 1

Ciência & Saúde Coletiva

Decision Letter (CSC-2025-0098.R1)

From: romeugo@gmail.com
To: marcela.lobao@ufma.br, marcela.lobao@discente.ufma.br
CC: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com
Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2025-0098.R1
Body: 19-May-2026

de Oliveira, Marcela; Lamy, Zeni; de Oliveira, Poliana; Erazo-Chavez, Leidy; Gómez Aristizábal, Liliana Yanet; Froes Nunes da Silva, Laura; Almeida, Rodrigo; Britto, Ruth Helena:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign languages); (2) Authors (full name, institution, e-mail and ORCID); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign languages); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign languages); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units).

We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published.

PERMISSION TO RELEASE AHEAD OF PRINT

Your article has been approved. In anticipation of its publication by SciELO, we ask for your consent to publish it on the journal's website cienciaesaudecoletiva.com.br. If your response is positive, please fill out the attached form and return it signed. Your article will be published within 48 hours after the Journal's Editorial Board receives your permission. I would also like to inform you that, once published, your article may be immediately incorporated into your CV. At the end of the ahead of print page, there is guidance on how to cite it. When your article is published, it will be removed from the page and will be universally accessible in the SciELO database www.scielo.org and in all other databases to which C&SC is affiliated.

Dear Author,

Sharing primary material and methodological details worked out by you to arrive at the results presented in this article is part of the process called Open Science. Therefore, we strongly suggest that you share this material, placing it in a certified and reliable repository, and quote it in your article. SciELO makes its repository available to the Journals that are part of its collection (<https://data.scielo.org/>). See the guidelines and the model of the Research Data Availability Statement with Supplementary Material attached.

It is mandatory to complete the Data Availability Declaration attached.

The approved article file and attached declarations must be sent to the email address: cienciaesaudecoletiva8@gmail.com

Thank you for your contribution.

Access the social networks of Revista Ciência & Saúde Coletiva
 Facebook: <https://www.facebook.com/revistacienciaesaudecoletiva/>
 Instagram: @revistacienciaesaudecoletiva

Prezado(a) Mrs. de Oliveira:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e nas línguas estrangeiras); (2) Autores (nome completo, instituição, e-mail and ORCID); (3) Resumo (em português e nas línguas estrangeiras); (4) Palavras-Chave (em português e nas línguas estrangeiras); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades).

Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada.

PERMISSÃO PARA DIVULGAÇÃO AHEAD OF PRINT

Seu artigo foi aprovado. Antecipando sua publicação pelo SciELO, pedimos seu consentimento para divulgá-lo na página da revista



Artigos

0137/2026 - PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático

PATHS AND CHALLENGES IN THE ITINERATION FOR HEALTH CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: Manaus as an emblematic case



Autor:

• Marcela Lobão de Oliveira - Oliveira, ML - <marcela.lobao@ufma.br>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-7980>

Coautor(es):

• Zeni Carvalho Lamy - Lamy, ZC - <zeni.lamy@ufma.br>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9232-0542>

Como Citar

Oliveira, ML, Lamy, ZC, Oliveira, PS, Erazo-Chavez, LJ, Aristizábal, LYG, Silva, LFN, Almeida, RNN, Carvalho, RHSB. PERCURSOS E PERCALÇOS NA ITINERAÇÃO POR CUIDADO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: Manaus como caso emblemático. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2026/mai). [Citado em 24/07/2026]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/percursos-e-percalcos-na-itineracao-por-cuidado-em-saude->

ANEXO C - OPERAÇÃO VIDA

OPERAÇÃO VIDA

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES DE MANAUS PARA OUTROS ESTADOS DO BRASIL

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa



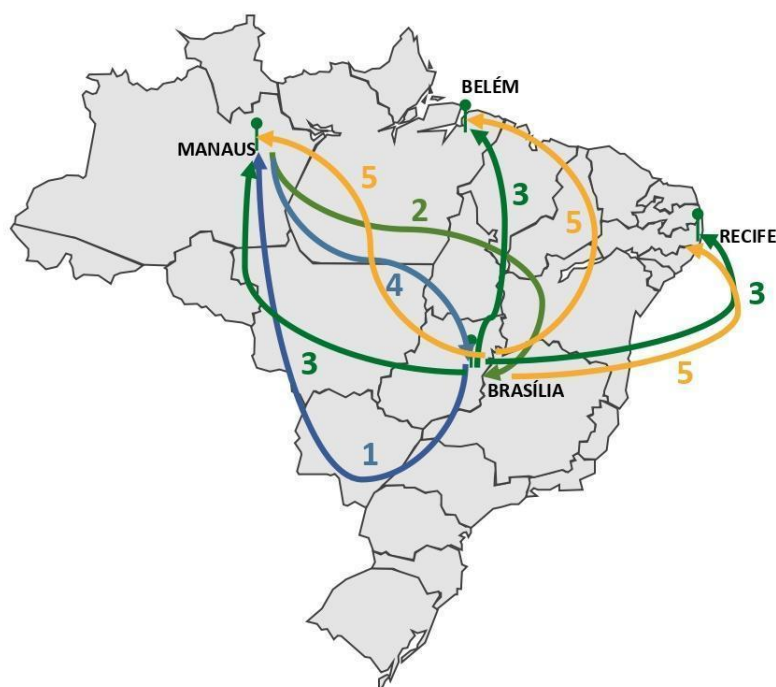
MINISTÉRIO DA
SAÚDE



OPERAÇÃO VIDA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



1º COE/DF REALIZA O LEVANTAMENTO DOS LEITOS DISPONÍVEIS NA REDE E INFORMAR O COE/MANAUS

2º COE/MANAUS, DEFINIR O LOCAL PARA TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES, RETORNANDO A INFORMAÇÃO PARA O COE/DF

3º COE/DF COMUNICAR A EQUIPE DE POUSO TÉCNICO, E AS EQUIPES DE ACOLHIMENTO NO LOCAL DE DESTINO E A EQUIPE DE EMBARQUE PARA PREPARAR A AERONAVE E OS PROCESSOS DE TRANSFERÊNCIA E ACOLHIMENTO DOS PACIENTES

4º COE/MANAUS INÍCIA O PROCESSO DE RECOLHIMENTO E EMBARQUE DOS PACIENTES

5º COE/DF ENVIA A MENSAGEM DEFINITIVA PARA PREPARAÇÃO DO POUSO TÉCNICO E DO COLHIMENTO DOS PACIENTES NO LOCAL DE DESTINO

COE/DF- COE/MANAUS - COE/RONDÔNIA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



COE/DF

- ESTRUTURA (PERMANENTE)

COE/MANAUS (CICC/AM) e COE/RONDÔNIA

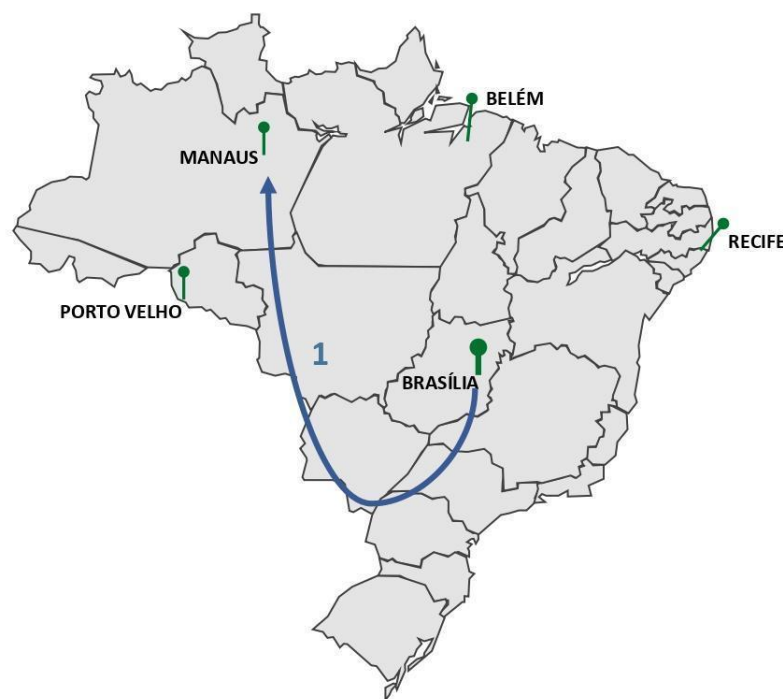
- DEFINIÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS PARA REMOÇÃO DOS PACIENTES (MS/SES)
- LEVANTAMENTO DOS PACIENTES APTOS PARA REMOÇÃO (SES/SEMS)
- TERMO DE CONSENTIMENTO (SES/SEMS)
- ACOMPANHAMENTO CONSTANTE DOS PACIENTES (SES)
- PREPARAÇÃO DAS AERONAVES (MD FAB/MS):
18 PACIENTES COM SUPORTE DE O²
2 MÉDICOS E 4 ENFERMEIROS



1ª AÇÃO COE/DF



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



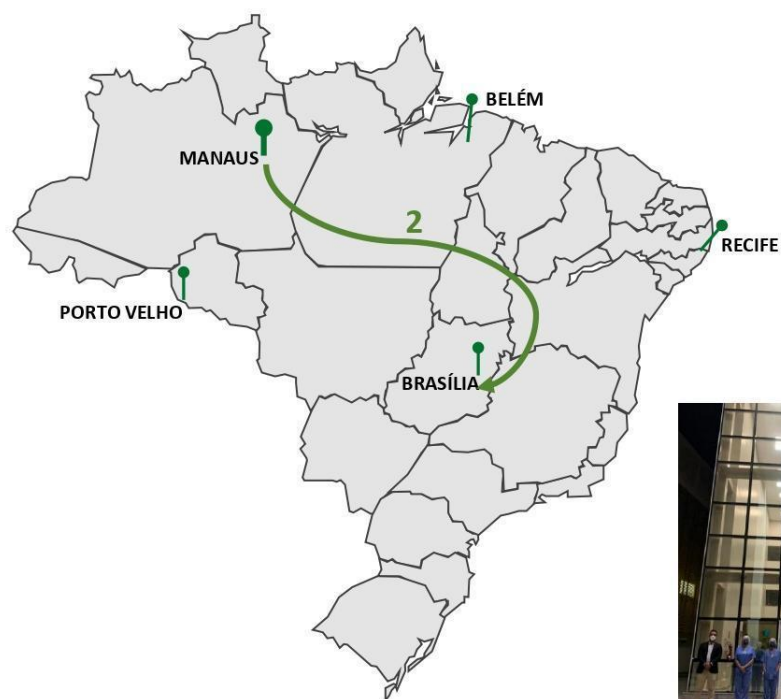
LEVANTAMENTO DOS LEITOS DISPONÍVEIS NA REDE (SES/SMS/EBSERH)

- SE-MS/DGIP/CONASS/CONASEMS
- ENCAMINHAR AO COE/MANAUS

2ª AÇÃO COE/MANAUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



DEFINIÇÃO DO LOCAL PARA TRANSFERÊNCIA

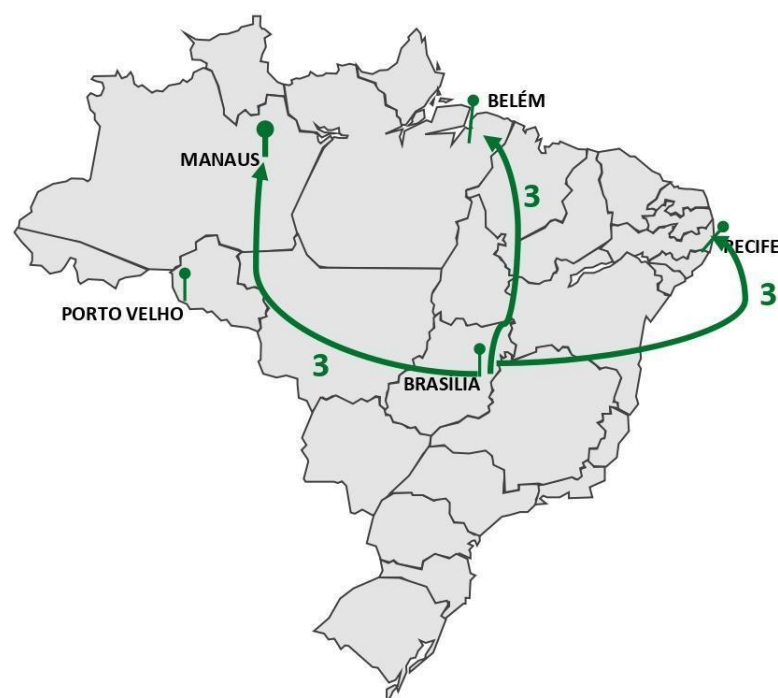
- INFORMAÇÃO DE LEITOS DISPONÍVEIS
- PREPARAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA
- LOGÍSTICA (POUSO TÉCNICO E POUSO NO DESTINO)
- INFORMA COE EM BRASÍLIA



3ª AÇÃO COE/DF



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



AÇÕES TRIPARTITE PARA DEFINIR O APOIO NO DESTINO (DGIP/CONASS/CONASEMS)

- CHECK LIST
- CONFIRMAR:
- NÚMEROS DE LEITOS (DEFINIÇÃO Nº PACIENTES)
- APOIO NO TRANSPORTE DOS PACIENTES
- APOIO AO POUSO TÉCNICO (REABASTECIMENTOS AERONAVE, AMBULÂNCIA E LEITO DE RETAGUARDA)
- REABASTECIMENTO DOS CILINDROS DE OXIGÊNIO
- APOIO À EQUIPE DE SAÚDE EMBARCADA
- DESCONTAMINAÇÃO DA AERONAVE
- **EMITIR ORDEM DE ALERTA (DGIP)**



4ª AÇÃO COE/MANAUS



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



AÇÕES PARA EMBARCAR OS PACIENTES

- RECOLHIMENTO NOS HOSPITAIS
- CONFERÊNCIA DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS
- REGULAÇÃO DE LEITOS
- PREVISÃO DE PACIENTES EM LISTA DE ESPERA
- LISTA DE PACIENTES 📄
- DESLOCAMENTO PARA AERONAVE
- EMBARQUE
- **PRONTO PARA DECOLAR!**



5ª AÇÃO COE/DF



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



AUTORIZAÇÃO PARA DECOLAGEM

- CONFIRMAÇÃO DE APOIO NO POUSO TÉCNICO
- CHECAR APOIO NO DESTINO
- **DECOLAR!!!**
- EMITIR ORDEM DEFINITIVA (DGIP)



6ª AÇÃO PERNAMBUCO - SES/SMS/SEMS/EBSERH



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



AÇÕES DE ACOLHIMENTO

- MEIOS NECESSÁRIOS (SAÚDE E TRANSPORTE)
- AVALIAÇÃO DOS PACIENTES
- DESLOCAMENTO
- INTERNAÇÃO

AÇÕES LOGÍSTICAS

- REABASTECIMENTO (AERONAVES E CILINDROS DE OXIGÊNIO)
- DESCONTAMINAÇÃO DA AERONAVE
- APOIO À EQUIPE DE SAÚDE EMBARCADA



7ª AÇÃO PERNAMBUCO - SES/SMS/SEMS/EBSERH

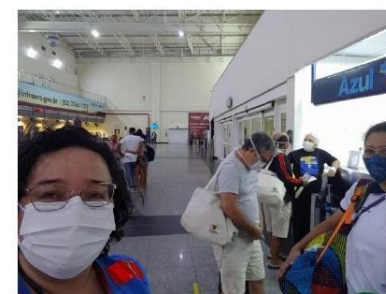


MINISTÉRIO DA
SAÚDE



AÇÕES NO FLUXO REVERSO

- ALTAS E ÓBITOS 
- ASSISTENTE SOCIAL
- REGULAÇÃO
- GRUPO REQUISIÇÃO DE PASSAGENS



CONFIANÇA, SOLIDARIEDADE E ESPERANÇA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



[DEPOIMENTO ENFERMEIRA](#)

[DEPOIMENTO ÁUDIO](#)



CONTROLE DE REMOÇÃO DE PACIENTES



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SEMS AMAZONAS - CONTROLE DE REMOÇÃO DE PACIENTES



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa



DATA	CIDADE DE DESTINO	UF	PACIENTES REMOVIDOS		ÓBITO		PACIENTES EM ALTA		PACIENTES EM ALTA QUE RETORNARAM PARA MANAUS	PACIENTES INTERNADOS	VOO DE ORIGEM
			SES/SMS	EBSERH	SES/SMS	EBSERH	SES/SMS	EBSERH			
15/01/2021	Teresina	PI		9			7	7		2	Voo 1 - 6:00 - Manaus
15/01/2021	São Luis	MA		12		1	11	11		0	Voo 2 - 17:30 - Manaus
16/01/2021	São Luis	MA		11			6	6		5	Voo 3 - 12:20 - Manaus
16/01/2021	Brasília	DF		15		1	9	9		5	Voo 4 - 23:05 - Manaus
17/01/2021	João Pessoa	PB		15			7			8	Voo 4 - 17:00 - Manaus
17/01/2021	Natal	RN	2	10			2	2		10	Voo 5 - 20:30 - Manaus
17/01/2021	Goiania	GO		14		1	3	3		10	Voo 6 - 12:00 - Manaus
18/01/2021	Goiania	GO	14	4	3		3		3	12	Voo 7 - 18:00 - Manaus
18/01/2021	São Paulo	SP	8							8	Boa Vista
19/01/2021	São Paulo	SP	17							17	Boa Vista
19/01/2021	Manaus	AM	4							4	Parintins
19/01/2021	São Luis	MA		16						16	Voo 8 - 18:00 - Manaus
20/01/2021	Natal	RN	16		1		8		5	7	Voo 9 - 14:00 - Manaus
20/01/2021	Maceió	AL	14		2		4			8	Voo 10 - 20:00 - Manaus
21/01/2021	Vitória	ES	18							18	Voo 11 - 15:30 - Manaus
21/01/2021	Vitória	ES	18							18	Voo 12 - 20:00 - Manaus
22/01/2021	Belém	PA	17				8			9	Voo 13 - 15:35 - Manaus
23/01/2021	Recife	PE	5	5		1				9	Voo 14 - 15:35 - Manaus
24/01/2021	Uberaba	MG	18				6			12	Voo 15 - 14:00 - Manaus
24/01/2021	Teresina	PI		14						14	Voo 16 - 23:15 - Manaus
25/01/2021	Natal	RN	13							13	Voo 17 - 15:35 - Manaus
25/01/2021	Curitiba	PR	13							13	Voo 18 - 22:35 - Porto Velho

SEMS AMAZONAS - CONTROLE DE REMOÇÃO DE PACIENTES											
 Ministério da Saúde Secretaria Executiva Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa			CORONAVÍRUS COVID-19 SUS PÁTRIA AMADA BRASIL								
DATA	CIDADE DE DESTINO	UF	PACIENTES REMOVIDOS		ÓBITO		PACIENTES EM ALTA		PACIENTES EM ALTA QUE RETORNARAM PARA MANAUS	PACIENTES INTERNADOS	VOO DE ORIGEM
			SES/SMS	EBSERH	SES/SMS	EBSERH	SES/SMS	EBSERH			
25/01/2021	Recife	PE	6	10						16	Voo 19 - 20:00 - Manaus
26/01/2021	Maceió	AL		16						16	Voo 20 - 14:00 - Manaus
26/01/2021	Porto Alegre	RS		9						9	Voo 21 - 22:35 - Porto Velho
TOTAL			183	160	6	4	31	43	46	259	
28/01/2021 - 13h00											

28/01/2021 11h00