

Vínculos comunitários no cuidado ao luto na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC

Community bonds in bereavement care in primary health care in Florianópolis/SC

Vínculos comunitarios en el cuidado del duelo en la atención primaria de salud de Florianópolis/SC

Matheus Leoni Dutra Brasil¹ , Carlos Alberto Severo Garcia Jr.¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública – Florianópolis (SC), Brasil.

Resumo

A vivência e expressão do luto estão profundamente relacionadas aos contextos sociais, culturais e históricos. Em uma sociedade que tende a individualizar o sofrimento da perda e a suprimir seus espaços coletivos de elaboração, o fortalecimento das redes comunitárias dos rituais compartilhados assume papel central. A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua inserção territorial e vínculo com o cotidiano das famílias, pode ser um espaço estratégico no cuidado às pessoas enlutadas. O objetivo deste estudo foi analisar de que modo a APS no município de Florianópolis/SC atua na articulação de vínculos comunitários no cuidado ao luto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 18 profissionais da equipe de Saúde da Família e 4 usuários atendidos após vivência de luto. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo temática. Os resultados apontam que o fortalecimento das redes de apoio, a promoção de grupos comunitários e a atuação territorializada configuram práticas potentes no cuidado ao luto. Contudo, observam-se fragilidades na gestão e governança pública, expressas pela descontinuidade das ações coletivas e pelo afastamento dos Agentes Comunitários de Saúde do território. Conclui-se que, apesar dos entraves institucionais e organizacionais, a articulação dos vínculos comunitários, a valorização da escuta e a reconstrução de espaços coletivos de elaboração da perda emergem como caminhos promissores para o fortalecimento da APS no cuidado integral às pessoas enlutadas.

Palavras-chave: Participação da comunidade; Luto; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Matheus Leoni Dutra Brasil

E-mail: matheusldbrasil@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

6.923.378.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Editora Associada:

Melanie Noël Maia

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 29/07/2025.

Aprovado em: 27/03/2026.

Como citar: Brasil MLD, Garcia Júnior CAS. Vínculos comunitários no cuidado ao luto na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4920. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4920](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4920)



Abstract

Experiencing and expressing grief are deeply related to social, cultural, and historical contexts. In a society that tends to individualize the suffering of loss and suppress its collective spaces of elaboration, strengthening community networks and shared rituals plays a central role. Primary Health Care (PHC), due to its territorial insertion and its bond with families' daily lives, can be a strategic setting for supporting bereaved individuals. This study aimed to analyze how PHC in the municipality of Florianópolis/SC articulates community bonds in bereavement care. This is a qualitative, exploratory study conducted through semi-structured interviews with 18 Family Health team professionals and 4 users who experienced bereavement. Data were analyzed using thematic content analysis. The results indicate that strengthening support networks, promoting community groups, and territorially grounded practices constitute powerful approaches to bereavement care. However, weaknesses were identified in management and public governance, expressed by the discontinuity of collective actions and the distancing of Community Health Workers from the territory. It is concluded that, despite institutional and organizational constraints, the articulation of community bonds, the valuing of listening, and the reconstruction of collective spaces for processing loss emerge as promising pathways for strengthening PHC in comprehensive bereavement care.

Keywords: Community Participation; Bereavement; Primary health care.

Resumen

La vivencia y expresión del duelo están profundamente ligadas a aspectos sociales e históricos. Ante un contexto cultural que individualiza el sufrimiento por la pérdida, la red comunitaria, los espacios colectivos y rituales resultan fundamentales. La Atención Primaria de Salud (APS), por su inserción territorial y vínculo con la vida cotidiana de las familias, puede constituir un espacio estratégico en el cuidado a las personas en duelo. El objetivo de este estudio fue analizar cómo actúa la APS en el municipio de Florianópolis/SC en la articulación de vínculos comunitarios en el cuidado del duelo. Método: investigación cualitativa y exploratoria, con entrevistas semiestructuradas realizadas a 18 profesionales del equipo de Salud de la Familia y a 4 usuarios atendidos tras vivir el duelo. El análisis se realizó con base en el análisis de contenido temático. Los resultados revelan que prácticas como el fortalecimiento de redes de apoyo, grupos comunitarios y la actuación territorializada son potentes en el cuidado del duelo. Sin embargo, persisten fragilidades en la gestión y gobernanza pública, expresadas en la discontinuidad de las acciones colectivas y en el distanciamiento de los Agentes Comunitarios de Salud del territorio. Se concluye que, a pesar de los obstáculos, la articulación de vínculos comunitarios, la valorización de la escucha y la reconstrucción de espacios colectivos para la elaboración de la pérdida representan potentes posibilidades de la APS en el cuidado del duelo.

Palabras clave: Participación de la Comunidad; Aflicción; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Ainda que o luto seja uma reação natural à perda de alguém significativo, sua vivência e expressão estão profundamente condicionadas pelas dimensões culturais e históricas.^{1,2} A progressiva individualização da experiência do luto, fruto de transformações socioculturais como a secularização, a racionalização médica da morte e a retração dos rituais coletivos, tem contribuído para o silenciamento do sofrimento, para a ausência de espaços de expressão e para o enfraquecimento das redes comunitárias de cuidado.³⁻⁵

A forma cultural de enfrentamento ao luto, que outrora era marcada pela coletivização e pelo compartilhamento nos laços sociais, na atualidade é determinada por um distanciamento e silenciamento de tudo que envolve a morte e os sujeitos que perdem alguém ou algo amado – corroborando para a desvalorização dos rituais de despedida, importantes para a elaboração da perda e o enfrentamento ao luto.^{4-6,7} A falta do compartilhamento e da validação da dor da perda pela rede comunitária pode ser um fator de complicação dos sintomas.⁸

Ressalta-se, portanto, a importância do oferecimento de espaços de compartilhamento e ritualização do luto de modo comunitário.⁹ Essa realidade indica um alerta: a ausência de suporte comunitário e a predominância de práticas de cuidado centradas em modelos biomédicos podem não apenas intensificar o sofrimento, como também comprometer a capacidade coletiva de sustentar processos de ressignificação

da perda. Diante disso, torna-se imprescindível revalorizar e fortalecer os dispositivos sociais e territoriais que possibilitam a elaboração compartilhada do luto, reafirmando o papel do cuidado como prática relacional, comunitária e ética.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel idiossincrático na promoção da saúde da população,¹⁰ sendo operacionalizada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estruturada por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das redes ambulatoriais.¹¹ Entre seus principais objetivos, destaca-se a capacidade de solucionar a maior parte das demandas de saúde, mediante a oferta de cuidados de saúde abrangentes que integram ações clínicas, preventivas e de promoção da saúde.¹² Nesse sentido, a APS constitui um espaço privilegiado para a superação do paradigma biomédico hegemônico, frequentemente associado à medicalização de processos existenciais, como o luto.⁷

AAPS pode ser vista como fundamental no apoio ao luto, pois se trata de um ambiente multidisciplinar que objetiva a integração de conhecimentos biopsicossociais e espirituais para um cuidado integral.¹³ A ESF possui uma proximidade singular com a comunidade, permitindo que os profissionais compreendam a realidade territorial e participem ativamente do cuidado ao longo do ciclo de vida. Essa familiaridade fortalece a confiança com os pacientes e facilita a comunicação em momentos críticos, como o luto.¹⁴

A continuidade do cuidado longitudinal, característica central da ESF, permite o acompanhamento integral dos indivíduos antes, durante e após a perda, promovendo vínculos sólidos e um suporte específico para mitigar os impactos emocionais e sociais da perda, além de fortalecer a sensação de amparo dos enlutados.^{14,15} A APS, por sua inserção capilar no território e seu compromisso com a integralidade do cuidado, apresenta-se como espaço estratégico para acolher as demandas relacionadas ao luto.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),¹⁶ o vínculo refere-se à construção de relações de confiança e afeto entre usuários e profissionais de saúde, desenvolvidas ao longo do tempo e fundamentadas na corresponsabilidade pelo cuidado. Trata-se de uma tecnologia leve de cuidado que se constitui no encontro entre trabalhador e usuário, permitindo que o cuidado seja produzido de forma compartilhada. Esse processo relacional carrega um importante potencial terapêutico, pois favorece a abertura, a confiança recíproca, criando condições para expressão e elaboração de experiências mais aprofundadas de sofrimento e de vida.¹⁷⁻¹⁹

Desse modo, o conceito de rede de apoio pode ser compreendido como o conjunto de vínculos reconhecidos por um indivíduo como relevantes e potentes para o oferecimento de suporte diante de situações de adversidade ou tensão, sendo que as principais fontes de apoio incluem parceiros afetivos, familiares, amigos, colegas de trabalho ou estudo, além de conexões comunitárias e institucionais.¹⁹ Nesse contexto, a articulação da APS com redes comunitárias e intersetoriais potencializa uma assistência resolutiva e mais preventiva, ao permitir a identificação precoce de vulnerabilidades e o desenvolvimento de ações que minimizem o sofrimento psicológico e social das famílias enlutadas.^{20,15} Apesar da existência de diferentes abordagens de cuidado ao luto na APS, nota-se a necessidade de um fortalecimento da atuação das equipes como referência e ponto de apoio às pessoas enlutadas.²¹

Na APS, os vínculos estabelecidos entre profissionais, usuários e território funcionam como potentes tecnologias relacionais que contribuem para a criação de redes de apoio comunitário, promovendo o cuidado para além dos limites da clínica e da prescrição.^{16,17} Ao atuar de forma longitudinal e territorializada, próxima às dinâmicas locais, a ESF possibilita não apenas a identificação das perdas vividas pela comunidade, mas também o acompanhamento contínuo dos sujeitos enlutados, favorecendo práticas de escuta, acolhimento e partilha que resgatam a dimensão coletiva do sofrimento.¹⁶

Além de promover um cuidado integral e humanizado, a abordagem do luto na APS pode contribuir para a promoção à saúde dos enlutados e prevenção de agravos à saúde mental, reduzindo a medicalização do sofrimento e ampliando as possibilidades de elaboração simbólica e coletiva da perda. Apesar de sua relevância, observa-se uma escassez de estudos que abordem de forma sistemática e com aprofundamento qualitativo o cuidado ao luto no âmbito da APS, o que evidencia uma lacuna importante na literatura e nas políticas públicas de saúde. O tema, ainda pouco explorado, desperta o interesse dos autores justamente por revelar um território de cuidado potente, porém invisibilizado, que demanda reflexão crítica e investimento em estratégias que articulem os saberes técnicos e comunitários.

Nesse sentido, compreender como se engendram os vínculos comunitários no cuidado ao luto, mediados pela atuação das equipes da APS, torna-se uma questão indispensável para repensar os modos de cuidar da dor da perda no cotidiano dos serviços públicos de saúde. Este artigo tem como objetivo analisar como a APS em Florianópolis/SC atua na articulação de vínculos comunitários e dispositivos de cuidado ao luto. Parte-se do reconhecimento de que o cuidado ao sofrimento decorrente da morte não se restringe à intervenção técnica, mas implica uma aposta na potência das relações, na valorização da cultura local e na reconstrução coletiva de sentidos diante da perda.

MÉTODOS

Este artigo resulta de um recorte de uma pesquisa de abordagem qualitativa e caráter exploratório, vinculada à dissertação de mestrado intitulada “Cuidado ao luto na Atenção Primária à Saúde em Florianópolis/SC”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A proposta metodológica adotada mostrou-se correspondente para acessar de forma aprofundada as experiências dos participantes.^{22,23}

O estudo foi realizado no município de Florianópolis, capital catarinense, reconhecida por desenvolver experiências bem-sucedidas nesse nível de atenção.²⁴ A população participante incluiu profissionais das equipes de Saúde da Família — médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) —, além de usuários da APS que passaram por atendimentos relacionados à vivência do luto no período de até um ano anterior à entrevista.

Os profissionais foram identificados por meio de encaminhamentos realizados pelas UBS indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), além da aplicação da técnica de amostragem “bola de neve”, em que os próprios entrevistados sugerem outros participantes que atendem aos critérios definidos.²⁵ Para acessar os usuários, optou-se pela divulgação da pesquisa por meio de cartazes nas UBS e abordagem direta nas unidades.

Foi estabelecido previamente que os critérios de inclusão dos profissionais entrevistados exigiam vínculo com alguma UBS de Florianópolis/SC, além de vivência com atendimentos ou práticas voltados ao cuidado ao luto no contexto da APS. No caso dos usuários, era necessário que tivessem sido acolhidos por equipes da APS local no período de um ano anterior, em situações relacionadas a perdas significativas. Foram desconsiderados profissionais com tempo de atuação inferior a três meses na unidade atual e usuários com menos de 18 anos. No total, foram conduzidas entrevistas com 20 trabalhadores da saúde e 4 usuários.

Em investigações qualitativas, a amostra deve refletir a complexidade do objeto de estudo, priorizando a profundidade das interações e a construção de significados ao longo do processo.²⁶ As entrevistas, de natureza semiestruturada, foram formuladas por meio de perguntas abertas, permitindo

que os interlocutores compartilhassem suas experiências livremente, enquanto o diálogo era direcionado para os eixos centrais da pesquisa, favorecendo maior profundidade na coleta das informações.²⁷

O roteiro de perguntas foi desenvolvido com base nos objetivos do estudo e na revisão teórica pertinente. Todos os encontros foram registrados em áudio, transcritos com a devida autorização dos participantes e realizados em locais que asseguraram privacidade e conforto, com duração média entre 10 e 30 minutos.

Para o tratamento das informações, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temático, conforme delineada por Minayo,²⁸ cujo objetivo é apreender, de forma sistemática e crítica, a construção e circulação de sentidos, evitando abordagens baseadas apenas em interpretações intuitivas. O processo de análise teve início com a leitura flutuante das entrevistas transcritas, etapa que possibilitou uma aproximação inicial com o material e a identificação de excertos relevantes, seja por sua recorrência, seja por sua pertinência ao objetivo do estudo. Na etapa seguinte, esses excertos foram organizados em uma planilha e codificados por meio de palavras-chave, o que permitiu o agrupamento de códigos semelhantes, a observação de suas frequências e, conseqüentemente, a formação de subcategorias. Na etapa final, de tratamento e interpretação dos dados, as subcategorias foram reunidas e analisadas criticamente à luz da literatura. O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer n.º 6.923.378.²⁹

RESULTADOS

A amostra dos profissionais da pesquisa foi composta por um total de 18 profissionais de saúde, distribuídos entre 6 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), 4 técnicas de enfermagem, 5 médicos, e 3 enfermeiras, com idades variadas, indo de 27 a 65 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino, com exceção de 4 médicos, que são do sexo masculino. A raça dos participantes é predominantemente branca, com apenas uma ACS se identificando como negra.

As UBS's que os trabalhadores estão vinculados estão localizadas nos bairros de Florianópolis: Tapera, Campeche, Saco Grande, Monte Cristo, Agrônômica, Ingleses, e Barra da Lagoa, incluindo, portanto, 4 distritos sanitários do município. O grupo das ACS tem idades que variam dos 44 e 65 anos, e possuem um tempo de atuação destacável, com algumas atuando há mais de 20 anos. O tempo de formação dos médicos se encontra entre 6 anos e 15 anos, com um tempo médio de formação de aproximadamente 9 anos, e com diferentes tempos de atuação nas equipes, variando de 6 meses a 10 anos. Todos os médicos mencionaram possuir a especialidade de Medicina de Família e Comunidade.

Na área da Enfermagem, a maioria dos participantes tem uma experiência consolidada, com o tempo de formação de 8 a 12 anos, e o tempo de atuação nas equipes é de 5 meses a 2 anos. A maioria das enfermeiras tem especializações em Saúde da Família e Urgência e Emergência. O tempo de vinculação com a equipe das técnicas de enfermagem varia de 3 meses a 15 anos, e o tempo de formação se sobressai, com a maior parte delas tendo se formado a mais de 20 anos.

Ressalta-se foram feitas 20 entrevistas com profissionais, no entanto uma das profissionais, médica, foi excluída do estudo devido ao critério de exclusão relacionado ao tempo mínimo de atuação na UBS, e uma enfermeira foi excluída por não ter realizado atendimentos ou outras formas de cuidado relacionadas ao luto, se alinhando também a um dos critérios de exclusão desse estudo.

Já a amostra de usuários entrevistados é composta por 4 participantes, com idades variando entre 27 e 56 anos. Dois são do sexo masculino e dois do sexo feminino. Quanto à raça, dois se autodeclararam

brancos e dois se identificam como negros. Em relação à religião, dois participantes se identificam como evangélicos, um como cristã e um como católico. As configurações familiares variam, com participantes residindo com filhos, pais, cônjuges ou mães. O tempo de vínculo com a UBS também apresenta ampla variação, indo de 3 a 48 anos, o que demonstra diferentes níveis de inserção e continuidade de cuidado na APS. As unidades as quais eles estão vinculados são Agrônoma, Ingleses e Monte Cristo.

Nota-se que a amostra dos usuários contém um número reduzido de participantes, o que não permite que estes resultados sejam generalizados. A disparidade entre a quantidade amostral de trabalhadores e de usuários ocorreu diante diferentes obstáculos éticos e de acesso aos usuários, tendo em vista que a indicação de usuários em situação de luto pelos profissionais foi limitada, e foi desafiador encontrar a população que esteve em situação de luto nas unidades ou por outros meios de divulgação.

Os vínculos com as pessoas falecidas, que desencadearam as experiências de luto relatadas, incluem neto, irmão, irmã, mãe, vizinha e esposa, sendo que uma das usuárias entrevistadas vivencia um luto de múltiplas perdas. Ressalta-se, por fim, que os quatro usuários perderam um ente em menos de dois meses antes da entrevista.

A partir da análise dos dados, foi possível realizar uma organização em três eixos temáticos, sendo eles: “O papel da APS nas redes de apoio dos enlutados”; “Grupos comunitários como estratégia de cuidado”; e “Agentes Comunitários de Saúde, território e luto”. Foram utilizados codinomes aos profissionais e usuários, garantindo o anonimato dos participantes.

O papel da APS nas redes de apoio dos enlutados

Os profissionais de saúde relatam iniciativas que envolvem não apenas o acolhimento individual, mas também o estímulo à mobilização dos vínculos familiares e comunitários, compreendendo que o amparo coletivo pode ser ativo no processo de elaboração do luto. A enfermeira Cybele relata uma prática de sensibilização do paciente quanto à necessidade de apoio, destacando que muitas pessoas tentam resolver suas dores sozinhas, o que, em situações de luto, pode aprofundar o sofrimento e o isolamento. Ela aponta que, por vezes, o papel do profissional é justamente nomear essa necessidade e validar a busca por amparo.

Esse movimento de reconhecer a rede de apoio como parte do cuidado integral também aparece nos relatos de outros profissionais. A técnica de enfermagem Minerva, por exemplo, destaca ações simples que podem fazer uma diferença significativa no enfrentamento da dor, como chamar um familiar durante o atendimento. Esse gesto revela a sensibilidade da equipe em acolher não só o sofrimento individual, mas também em acionar o entorno afetivo que pode sustentá-lo.

Da mesma forma, foi destacada a importância de uma atuação que extrapole a clínica individual, conectando o usuário a relações que possam exercer uma função protetora: “Talvez conectar os laços de rede familiares que possam apoiar naquele momento” (Remu - Médico).

Ressalta-se que a estimulação dos laços sociais não passa necessariamente pelas relações familiares, que por vezes até podem gerar mais sofrimento, emerge, com isso, a relevância da oportunidade e potencial de espaços coletivos na comunidade. O usuário Vespasiano sublinha a importância das amizades no enfrentamento ao luto da esposa, que o ajudam a retomar a vida após 30 anos de casamento. O usuário complementa, informando que este apoio das amizades também ocorreu através da realização de tarefas burocráticas após a perda: “na hora de resolver a papelada do funeral, essas coisas, o pessoal da comunidade ajudou bastante também”.

Grupos comunitários como estratégia de cuidado

Além da mobilização da rede de apoio já existente, percebe-se a partir dos relatos dos trabalhadores e usuários que uma possibilidade de ação no cuidado ao luto é o oferecimento de espaços que promovam a socialização e trocas com outras pessoas da comunidade. A médica Ceres destaca que estimula o grupo de psicoterapia aos usuários em luto, pois identifica nesta oferta um espaço de acolhimento, apontando que o caráter aberto e misto do grupo facilita a expressão das emoções e funciona como uma forma de vazão. Pela perspectiva dos usuários, nota-se uma visão positiva a respeito dos grupos realizados pela APS. Quando perguntada sobre o que ela gostaria que tivesse sido oferecido a ela em relação ao seu luto, a usuária Vênus argumenta:

“Quem sabe uma reunião com pessoas na mesma situação, para uma ouvir a história do outro, igual a gente faz com aqueles alcoólicos anônimos. Esse tipo de reunião talvez ajudaria outras pessoas, eu mesmo” (Vênus, Usuária).

Já o usuário Cedric relatou sobre o grupo de psicoterapia ao qual ele participa:

“Minha vó não está aqui. Ela faleceu. Aí eu estou indo no grupo, e tem uma história parecida que está no grupo, que daí eu escuto e penso, bom, tecnicamente eu não estou sozinho no mundo. E também eu pensei, é um acolhimento, porque eu não converso muito em casa. [...] E aí quando eu começo a falar, eu vou aliviando, vai soltando. Aí eu saio leve, como uma borboleta voando” (Cedric, Usuário).

Os profissionais também apontam desafios nesse processo, sobretudo quando o enlutado resiste à ideia de participar de um grupo. A enfermeira Clio relata que, embora o encaminhamento ao grupo de psicoterapia esteja disponível, nem sempre é aceito prontamente pela pessoa. Na mesma direção, os profissionais relatam estratégias cuidadosas para contornar esse receio, como exemplifica a enfermeira Lucina, ao sugerir uma aproximação gradativa ao grupo, sem obrigatoriedade de fala, respeitando os limites e os tempos subjetivos de cada um, e que muitas vezes depois de participar os usuários acabam gostando.

Em algumas UBS do município houveram relatos da importância e funcionalidade dos grupos de psicoterapia para pessoas em luto, contudo a análise das entrevistas evidencia um processo de desmonte das práticas coletivas na APS, impactando diretamente a promoção da saúde e o fortalecimento dos vínculos comunitários. Observa-se uma redução de grupos terapêuticos e atividades comunitárias, que antes eram parte fundamental da abordagem em saúde coletiva.

“A questão comunitária, eu vejo isso como uma questão do município inteiro, está ficando muito do lado, a gente tem um grupo de horta aqui, ele está abandonado” (Proteu, Médico).

Além da horta comunitária, o participante afirma que outras iniciativas como os grupos de gestantes e de saúde mental foram desarticuladas ao longo dos anos e relata uma possível justificativa:

“Eu atribuo isso ao pensamento da gestão municipal, há alguns anos, de que a atenção primária, como estava montada, de base territorial, conhecer o território, conhecer as famílias das pessoas, com os agentes comunitários de saúde. Esse modelo aí, para a gestão, ele não funciona, e é

muita enrolação, muito tempo perdido, gera poucos atendimentos, não tem produtividade, e é esse pensamento” (Proteu, Médico).

A ACS Atena afirma que há uma mudança de perspectiva que tem gerado impactos na oferta de espaços terapêuticos, declarando que há alguns anos ela participava de grupos de psicologia e que havia mais espaços para grupos que não existem mais.

Ao responder à pergunta se recebeu apoio da comunidade após a sua perda, a usuária Vênus diz que “Não, só um sinto muito, a vida é assim, acontece com todo mundo”. O usuário Cedric ressalta possíveis instituições com potencialidade de oferecer este apoio: “dependendo, talvez a igreja, mas também é bem difícil”.

Agentes Comunitários de Saúde, território e luto

A partir dos relatos dos profissionais, percebe-se que uma outra esfera da perda da conexão equipe de saúde/população é a recente alteração do trabalho das ACS's. As entrevistas apontaram que, ao longo dos últimos anos, essa dinâmica sofreu alterações significativas, resultando em um afastamento progressivo dessas profissionais nas visitas domiciliares e no acompanhamento ativo das famílias.

“Ultimamente, a gente não está fazendo visitas, não está tendo mais. Antigamente era melhor. A gente fazendo as visitas era um acolhimento melhor, porque não era por telefone, a gente estava na casa da pessoa. Com a pandemia, a gente não podia mais fazer visitas nas casas e, depois disso, a gente não conseguiu mais retomar” (Jocasta, ACS).

Esse afastamento do território tem sido acentuado por uma série de fatores estruturais, como a diminuição do número de ACS e a sobrecarga de trabalho administrativo dentro das unidades de saúde.

“Não são chamadas novas agentes comunitárias de saúde há muito tempo. As que já estão há 20 anos aqui, cada vez uma vai saindo, e não vão sendo repostas. Eles não vão mais para o território, eles viraram assistentes administrativos, recepcionistas” (Proteu, Médico).

A desconexão com o território também prejudica o acompanhamento de situações delicadas, como o luto. Sem visitas domiciliares regulares, muitas vezes a equipe de saúde só toma conhecimento de uma perda quando o familiar busca atendimento na unidade.

“Faz muita falta o agente de saúde na rua. Antes, a gente dava a notícia do luto para a equipe. Agora, só ficamos sabendo se os familiares aparecerem aqui” (Gaia, ACS).

O afastamento territorial também compromete a compreensão da realidade das famílias. A agente Atena enfatiza como o trabalho de monitoramento da saúde da comunidade foi enfraquecido:

“Antigamente o nosso serviço era na rua mesmo, né? Diariamente. O serviço vinha de fora para dentro. Hoje em dia, é mais de dentro para fora. Se a pessoa aparece na unidade, a gente conhece. Se não aparece, não sabemos que ela existe. Antes, a gente sabia mais detalhadamente sobre a vida da pessoa, a rua, a família. Hoje, só descobrimos se houver busca ativa” (Atena, ACS).

DISCUSSÃO

A aposta na rede de apoio como estratégia de cuidado está alinhada ao princípio da integralidade, pois pressupõe que o sofrimento não é vivido isoladamente, mas atravessado pelas relações e dinâmica cultural que circunda o sujeito.^{19,30} Conforme Koury,³¹ a sociedade urbana brasileira apresenta um afastamento progressivo das práticas relacionais no enfrentamento da morte, deixando de incluir tanto os rituais quanto os próprios enlutados nas redes sociais de apoio. Essa postura reflete uma tendência mais ampla da coletividade em lidar com a perda e o luto de forma individualizada.

A vergonha de vivenciar o luto e a necessidade de silenciar diante da dor alheia caracterizam o sujeito contemporâneo, cujo sofrimento, fragmentado e invisibilizado socialmente, se transforma em um processo solitário e introspectivo.³²⁻³⁸ O relato da enfermeira Cybele evidencia uma dimensão do chamado “luto privado”. Luna⁸ compreende essa forma de vivenciar o luto como resultado de um processo de individualização presente no tecido social. Esse processo está vinculado a um modo de subjetivação baseado em uma lógica utilitarista, meritocrática e instrumental, que enfraquece a expressão pública dos afetos e relega o sofrimento à esfera íntima.

O enlutamento envolve uma tensão entre o sofrimento internalizado e a vergonha de expô-lo socialmente. Como consequência, o enlutado tende ao isolamento e ao enfraquecimento dos seus vínculos sociais⁸. Nesse contexto, torna-se evidente que muitas vezes o usuário necessita de alguém que o auxilie a ressignificar a importância de tornar visível a dor decorrente da perda, como o que foi relatado pela enfermeira.

A noção de biopoder, na qual as instâncias biopolíticas operam como reguladoras das normas sociais e exercem controle sobre os corpos e as condutas,³³ pode ser conectada ao contexto do luto. Essa lógica tende a reprimir a dor e silenciar o sofrimento, priorizando a manutenção de corpos dóceis e produtivos.⁵ Contudo, é importante destacar que o poder não é exercido apenas de modo hierarquizado, ao contrário, se dissemina em todas as relações, operando de forma capilar e sendo efetuado também pelo sujeito sobre si mesmo.³⁴

Sob uma perspectiva contemporânea, Han³⁵ amplia essa discussão ao apresentar a noção de psicopolítica. Em sua análise, a sociedade já não é mais marcada por regras, proibições ou ordens externas, mas sim por uma lógica de desempenho, na qual os indivíduos tornam-se “empreendedores de si”, impulsionados pela exigência constante de produtividade, na qual o sujeito é, ao mesmo tempo, explorador e explorado de si próprio. Dentro dessa racionalidade, o sofrimento ligado à perda não encontra lugar, não há tempo nem espaço para o luto, e a expressão desse luto aos outros torna-se reprimida pelo próprio indivíduo.

Diante desse cenário de negação e silenciamento do sofrimento, as redes de apoio na experiência do luto emergem como um fator fundamental na lógica de um cuidado promotor de saúde.³⁶ As práticas relatadas pelos profissionais, como o gesto da técnica de enfermagem Minerva de chamar um familiar durante o atendimento, ou a orientação do médico Remu de conectar laços de rede familiares, ilustram como a atuação da equipe pode catalisar os vínculos interpessoais entre o enlutado e outras pessoas/instituições de modo a possibilitar espaços de expressão e vivência compartilhada do luto.

Em uma situação de enlutamento, os laços podem oferecer um suporte cognitivo e emocional e ajuda prática, como suporte material e realização de serviços.³⁶ As características dos vínculos interpessoais estabelecidos entre a pessoa enlutada e os membros de sua rede, como a disponibilidade, a reciprocidade, a história construída na relação e sua multidimensionalidade, favorecem o compartilhamento das

experiências de luto.³⁶ Ademais, cabe aos profissionais de saúde possibilitarem o fortalecimento de vínculos comunitários adequados a cada indivíduo, considerando a singularidade dessas redes sociais significativas. Isso implica que a mediação com estes vínculos não pode ser desatenta ou desinformada, sendo necessário conhecer os contextos relacionais da pessoa enlutada que possibilitam a expressão e o compartilhamento das experiências.⁸

A experiência do usuário Vespasiano, que encontrou nas amizades e na comunidade um suporte fundamental após a perda da esposa, corrobora essa perspectiva, evidenciando que a estimulação dos laços sociais não passa necessariamente pelas relações familiares, que por vezes até podem gerar mais sofrimento. Emerge, com isso, a relevância da oportunidade e potencial de espaços coletivos na comunidade.

Uma forma de oportunizar esses espaços são os próprios grupos comunitários, dispositivos valiosos da APS, pois favorecem a partilha de saberes e práticas originais da comunidade, a construção de vínculos, e a sensação de pertencimento.³⁷ O grupo oferecido pela APS permite a descoberta de outras possibilidades de discurso e encontros, se articula com as narrativas históricas produzidas na família, escola, igreja, hospitais e centros de saúde, e deslocam o foco exclusivo da doença, possibilitando o surgimento de outras dimensões da vida relacionadas à promoção da saúde.^{38,39,40}

A respeito do caráter misto desses grupos,³⁹ sugere-se que os grupos feitos pela APS no campo da saúde mental evitem a “formação de grupos por tipologia de agravos ou sofrimento psíquico. Deve-se buscar a diversidade grupal”. Isso ocorre como tentativa de contrapor a normalização do cuidado aos usuários com sofrimento emocional.³⁹

Todavia, percebe-se que a realização de grupos de apoio ou terapêuticos que são oferecidos apenas para pessoas em luto, mais especificamente, para pessoas que tiveram um tipo de perda semelhante, podem induzir benefícios específicos. Em experiências grupais restritas às pessoas em luto, os enlutados percebem que não estão sozinhos em sua dor, o que pode aliviar o isolamento e a solidão. Outrossim, esse compartilhamento de experiências semelhantes permite que os participantes se sintam compreendidos e acolhidos em sua experiência.⁴¹

As falas dos usuários Vênus e Cedric, apresentadas nos resultados, ilustram esse fenômeno. O grupo como um espaço de mútua ajuda, sociabilidade e trocas funciona como um lugar em que o enlutado percebe que sua dor não é única, ainda que seja singular.⁴² Quando Cedric ouve outras histórias semelhantes à sua, possibilita a compreensão de que este fenômeno se trata de uma experiência humana compartilhada. As narrativas alheias o levam a pensar que não está sozinho, o que implica um deslocamento importante: da dor solitária à consciência de pertencimento.

O fenômeno descrito se traduz pela sensação de universalização da perda, que talvez seja o que busca a usuária Vênus ao relatar seu desejo por uma reunião com pessoas na mesma situação. Nota-se, com isso, que os enlutados têm desejo de falar sobre sua perda, sobretudo com pessoas que passaram pela mesma experiência e que, participar de grupos é uma forma de aliviar a solidão.²¹⁻³²⁻⁴¹

Ao afirmar que “não converso muito em casa”, Cedric aponta para uma realidade comum: a falta de espaços de compartilhamento da intimidade, onde o sofrimento é silenciado por constrangimentos sociais, familiares ou emocionais.^{4,31} O grupo, nesse contexto, funciona como um dispositivo de socialização do luto, um espaço intermediário entre o público e o privado, em que é possível nomear a dor sem a censura dos ambientes cotidianos.

Essa transição do luto privado para o compartilhado é politicamente relevante, pois rompe com a lógica de individualização do sofrimento, própria de uma sociedade marcada por valores meritocráticos

e utilitaristas, em que a consequência é o isolamento do sujeito enlutado, que não encontra legitimidade para expressar publicamente sua dor.⁸ Do contrário, os grupos criam um espaço de cuidado sustentado por vínculos, acolhimento e escuta mútua, e evidenciam a importância dos laços relacionais que tem implicações, corroborando para um senso de comunidade política. Os grupos, nesse sentido, assumem um papel relevante não apenas como suporte emocional, mas também como instrumento político e de reivindicação do direito à publicidade do luto.⁸

A resistência à participação em grupos, evidenciada nos relatos da enfermeira Clio e contornada com estratégias da enfermeira Lucina, pode estar relacionada ao receio da exposição emocional, em que por vezes as pessoas preferem se expor apenas para conhecidos.⁴¹ Para alguns indivíduos, evitar a participação em grupos pode funcionar como uma estratégia de autoproteção, contribuindo para níveis mais baixos de ansiedade e tristeza quando comparados àqueles que optam por esse tipo de suporte.⁴² Com isso, é importante reconhecer que nem todos os sujeitos em luto se sentem confortáveis em participar dessas iniciativas, e acolher os limites e possibilidades de cada um.

Paralelo a isso, o desmonte das práticas coletivas evidenciado nos dados, com a redução de grupos terapêuticos e atividades comunitárias, pode estar relacionado às diretrizes dos modelos de financiamento vigentes. Um exemplo disso é o “Previne Brasil”, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, que redefiniu os critérios de repasse federal aos municípios com base na captação ponderada de usuários, no desempenho das equipes e na realização de ações estratégicas. Essa abordagem introduz uma lógica centrada em metas quantitativas e individualizadas, priorizando o número de pessoas cadastradas em detrimento de práticas que levem em conta a integralidade do cuidado.⁴³

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 635, de maio de 2023, estabeleceu incentivos financeiros de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na APS,⁴⁴ reforçando ainda mais essa perspectiva orientada por resultados mensuráveis, o que pode conflitar com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.⁴⁵ Em vista disso, supõe-se que as novas portarias de financiamento da APS, atreladas à gestão municipal que prioriza indicadores quantitativos dos atendimentos, corroboram para o enfraquecimento e a escassez de espaços comunitários.

Esse cenário não se restringe aos grupos oferecidos pelos serviços de saúde, está ampliado na lógica cultural em que a comunidade não é mais vista como um ponto de suporte e enfrentamento.⁴¹ As falas dos usuários Vênus e Cedric, apresentadas nos resultados, evidenciam um processo de esvaziamento do enfrentamento coletivo do luto, que ocorre à medida que as expressões de sentimentos se tornam cada vez mais censuradas e silenciadas socialmente⁴.

Nota-se que os enlutados buscam por apoios formais na comunidade.³⁶ Entre as formas mais discutidas de apoio comunitário, destacam-se os rituais de despedida. A experiência da vida humana é repleta de ritos de passagem e, no contexto da morte, rituais fúnebres são recursos benéficos para a elaboração do luto. Nesse cenário, a privatização do luto contribui diretamente para a marginalização dos rituais de despedida, práticas que, em muitas sociedades tradicionais, possuem papel central na validação da perda e na sustentação emocional dos enlutados.⁶

Os ritos de passagem permitem a expressão simbólica da dor, mesmo quando faltam palavras, além de possibilitarem a maturação social e psicológica diante da perda, o senso de pertencimento cultural e de compreensão coletiva sobre a morte, e um registro emocional e mental que impede o esquecimento do ente perdido.⁹ O que é de extrema relevância tendo em vista que a elaboração saudável do luto depende do reconhecimento social da memória do falecido.⁴¹

Destaca-se que durante a pandemia do COVID-19, os rituais de despedida foram ainda mais esvaziados, velórios e enterros foram evitados ou realizados com restrições, o que corroborou com o enfraquecimento sociocomunitário do apoio ao luto.^{46,47} No entanto, a imagem do morto precisa ser compartilhada, reconhecida e ressignificada em rituais e conversas. Isso evidencia o caráter profundamente coletivo e intersubjetivo do luto: não se elabora uma perda sozinho. O luto exige um espaço seguro e duradouro para integrar o falecido à vida psíquica e social de quem permanece,⁴¹ um cenário que é corroborado pela atuação territorial das ACS.

A atuação das ACS sempre esteve intimamente ligada ao território e à comunidade. Os resultados podem indicar que a mudança de perspectiva atual impacta diretamente não apenas a prevenção e promoção da saúde, mas também o cuidado ao luto e o acolhimento de situações de vulnerabilidade emocional dentro das comunidades atendidas pela APS.

Observa-se que a precarização do trabalho dos ACS afeta não apenas o atendimento direto à saúde, mas também pode comprometer o cuidado com o sofrimento psíquico e o luto nas comunidades. A ausência desses profissionais no território pode enfraquecer o acompanhamento das redes de apoio e prejudicar a orientação sobre os serviços disponíveis, um contexto que leva muitas famílias a vivenciarem o luto de maneira solitária e sem o suporte necessário.⁴⁸

Os ACS contribuem expressivamente para a compreensão dos determinantes sociais da saúde e para a identificação de situações de risco. Além disso, sua atuação por meio de atividades de baixa complexidade nas visitas domiciliares, como a administração da terapia de reidratação oral, o estímulo ao aleitamento materno e o acompanhamento materno-infantil, teve impacto direto na redução da mortalidade, especialmente materno-infantil.⁴⁸

Entre as atribuições mais relevantes dos ACS está a visita domiciliar, considerada ainda a principal atividade de sua rotina de trabalho. Essa prática permite o monitoramento constante das condições de saúde das famílias, favorecendo a escuta das demandas, a detecção precoce de agravos e o acolhimento. No caso específico do luto, a presença regular dos ACS no território pode contribuir para o enfrentamento desse processo, ao garantir uma escuta ativa e o suporte necessário às pessoas enlutadas.^{48,21}

A abrangência territorial definida pela ESF potencializa o cuidado com o luto por meio de um acompanhamento contínuo e integrado. Os ACS desempenham papel fundamental na detecção precoce do sofrimento mental, no encaminhamento aos serviços especializados e na participação em projetos terapêuticos, ampliando as possibilidades de cuidado dentro da comunidade.¹⁸

Entretanto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, instituiu mudanças significativas que impactaram diretamente nessa lógica de cuidado. Uma das principais alterações foi a flexibilização do número mínimo de ACS por equipe de Saúde da Família, que antes era quatro e agora é apenas um, e a eliminação da exigência de cobertura integral do território. Essa diretriz comprometeu a presença efetiva dos agentes nas comunidades, resultando em uma redução expressiva desses profissionais e sua articulação com o território.^{48,49}

Com isso, a APS tem se distanciado de seus princípios fundadores, que priorizavam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação a partir da atuação territorial e da construção de vínculos com a comunidade. A perspectiva hegemônica, centrada em metas quantitativas e indicadores de produtividade, negligencia o acompanhamento territorial e enfraquece a relação entre a população e os serviços, tornando a APS menos responsiva às demandas sociais, inclusive no que se refere ao cuidado com o luto e a saúde mental.

Essa mudança de paradigma desconsidera que o cuidado integral pressupõe a escuta das diferentes “verdades” que circulam no território, articulando saberes individuais, coletivos e institucionais.³⁷ O acolhimento do luto, nesse contexto, requer um olhar ampliado que reconheça o enlutado como sujeito inserido em uma rede de relações, cuja integração psicossocial depende do apoio mútuo, do sentimento de pertencimento e da possibilidade de elaborar simbolicamente a perda.³⁶

Dessa forma, cabe à APS resgatar seu compromisso com o acolhimento e a escuta qualificada diante do sofrimento, sobretudo em comunidades vulnerabilizadas, onde muitas vezes a equipe de saúde é o único espaço possível para a elaboração simbólica da perda. Trata-se de um cuidado que aposta na solidariedade, no diálogo e na construção de vínculos como forças terapêuticas, reconhecendo que ninguém deveria enfrentar o luto sozinho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo indica que a APS de Florianópolis/SC possui grande potencial para acolher e cuidar das pessoas enlutadas, especialmente quando mobiliza vínculos comunitários e atua de forma territorializada e contínua. No entanto, observou-se o enfraquecimento de ações coletivas, a desvalorização dos espaços de convivência e a precarização do trabalho das ACS, fatores que impactam negativamente o cuidado integral.

Fortalecer os vínculos entre equipe de saúde, usuários e território é uma estratégia potente para garantir o reconhecimento e a sustentação do sofrimento do enlutado. Assim, reafirma-se a importância de práticas que valorizem a escuta, a presença e os laços comunitários como tecnologias centrais no cuidado ao luto na APS. Demonstra-se necessário o aprimoramento e a ampliação dessa discussão para orientar as novas políticas públicas de caráter organizativo dos serviços de saúde, tendo em vista que as últimas alterações vão em descontra com os princípios do SUS e da APS.

As limitações deste estudo se referem à quantidade reduzida de usuários entrevistados e ao não aprofundamento sobre as especificidades dos tipos de luto, como por morte de filhos, cônjuges, irmãos ou pais, que têm características peculiares e envolvem diferentes ações de cuidado possíveis. Ademais, embora o quesito raça/cor tenha sido incluído nas entrevistas, ele não foi explorado nas análises.

Ressalta-se, também, que os resultados apresentados compõem uma das seções de uma dissertação de mestrado, conforme indicado na seção de “metodologia”, na qual foram exploradas dimensões adicionais do cuidado, como escuta e acolhimento pela equipe de saúde, além de formas de contato não presenciais, como ligações e mensagens. Por fim, em virtude da limitação da amostra, os achados não representam a totalidade do município de Florianópolis, não sendo, portanto, passíveis de generalizações.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MLDB: Conceitualização, Curadoria de Dados, Metodologia, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. CASGJ: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.: Conceitualização, Metodologia, Supervisão, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Bousso RS. A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):VII–VIII. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300001>
2. Nogueira R. O que é o luto: como os mitos e as filosofias entendem a morte e a dor da perda. Rio de Janeiro: HarperCollins; 2022.
3. Souza CP de, Souza AM de. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. *Psicol Teor Pesqui.* 2019;35. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>
4. Elias N. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.
5. Franco MHP. O luto no século 21 uma compreensão abrangente do fenômeno. São Proteu: Summus Editorial; 2021.
6. Rodrigues C. Por uma filosofia política do luto. *O Que Nos Faz Pensar.* 2020;29(46):58.
7. Kovács MJ. Educação para a morte. *Psicol Ciênc Prof.* 2005;25(3):484-97. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300012>
8. Luna IJ. Histórias de perdas: uma proposta de (re) leitura da experiência de luto [tese de doutorado]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 2014.
9. Giamattey MEP, Silva JLL, Andrade AHS, Ramos FRS. Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. *Esc Anna Nery.* 2021;26:e20210208. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0208>
10. Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério Da Saúde; 1990.
11. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde [Internet]. 2017 [acessado em 12 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
12. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on primary health care, Alma-Ata. USSR, 6-12 S. Geneva: WHO; 1978.
13. Vieira RR, Robortella AR, Souza AB, Kerr GS, Oliveira JAC. Vida e morte na atenção primária à saúde: reflexões sobre a vivência do médico de família e comunidade ante a finitude da vida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017;11(38):1-7. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1281](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1281)
14. Ávila L, Passarini J. Nova demanda de acolhimento na atenção primária à saúde em virtude da pandemia de Covid-19: luto. In: Scarpin BP, Garcia RM, Piperno GC, Leivas KA, Souza JC, Alves AFJ, et al. Políticas Saúde Pública. Araçatuba: UniSALESIANO; 2022. p. 173-82.
15. Conzatti M. Abordagem do luto na Atenção Primária em Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2023;18(45):3409. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3409](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3409)
16. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Hucitec; 2002.
18. Simões WMB, Moreira MS. A importância dos atributos: acolhimento, vínculo e longitudinalidade na construção da função de referência em saúde mental na atenção primária à saúde. *Enferm Rev.* 2013;16(3):223-39.
19. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado para depressão e tratamento medicamentoso no SUS: características da disponibilidade e do acesso. In: Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 361-87.
21. Gonzaga RMC. Vivências de luto em famílias acompanhadas por equipes de saúde na atenção primária [dissertação de mestrado]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia (UFU); 2019.
22. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. In: Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 164-4.
23. Kvale S. The 1,000-page question. *Qual Inq.* 1996;2(3):275-84. <https://doi.org/10.1177/107780049600200302>
24. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(4):e2017504. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
25. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas.* 2014;22(44):203-20. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
26. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):1-12.
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
29. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, fundamentando-se na bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade). Ministério da Saúde [Internet]. 2012 [acessado em 12 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
30. Aciole GG, Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde Debate.* 2019;43(122):805-18. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>
31. Koury MGP. Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto. Editora Vozes; 2003.
32. Franqueira A, Magalhães A. Compartilhando a dor: o papel das redes sociais no luto parental. *Rev Pesqui Qual.* 2018;6(11):373-89. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.11.172>
33. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, org. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979. p. 79-98.

34. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
35. Han B-C. Sociedade do cansaço. Petrópolis: Vozes; 2015.
36. Luna IJ. Rede social de apoio no luto: a quem confiar minha tristeza? *Psicol Estud.* 2023;28. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.54693>
37. Brasil. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
38. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis.* 2010;20(4):1119-42. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312010000400004>
39. Secco AC, Kostulki CA, Arpini DM. O papel da equipe nas práticas grupais na Atenção Básica em Saúde. *Rev Psicol Saúde.* 2022;14(2):83-98. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1728>
40. Luna IJ. Uma proposta teórico-metodológica para subsidiar a facilitação de grupos reflexivos e de apoio ao luto. *Nova Perspect Sist.* 2020;29(68):46-60. <https://doi.org/10.38034/nps.v29i68.585>
41. Walter T. A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality.* 1996;1(1):7-25. <https://doi.org/10.1080/713685822>
42. Näppä U, Lundgren A-B, Axelsson B. The effect of bereavement groups on grief, anxiety, and depression - a controlled, prospective intervention study. *BMC Palliat Care.* 2016;15(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0129-0>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 12 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria gm/ms nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado em 12 maio 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
45. Oliveira LM, Freitas BC. NASF, NASF-AB E eMULTI: mudanças do trabalho multiprofissional na trajetória da Atenção Básica. In: V Seminário Nacional Serviço Social, Trabalho e Política Social; 23-25 out 2024; Santa Catarina, Brasil. Santa Catarina: V SENASS; 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/261581/PS%20Oliveira%20Freitas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Crepaldi MA, Schmidt B, Noal DS, Bolze SDA, Gabarra LM. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estud Psicol (Campinas).* 2020;37:e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
47. Lopes FG, Lima MJV, Arrais RH, Amaral ND. A dor que não pode calar: reflexões sobre o luto em tempos de Covid-19. *Psicol USP.* 2021;32:e210112. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e210112>
48. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. A PNAB 2017 e o número de Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:85. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003005>
49. Lima SS, Pinheiro LXS, Lima AAC, Cordeiro TMSC. Atenção Primária à Saúde: implicações das mudanças atuais nos seus atributos. *Rev Saúde UNIFAN.* 2022; 2(2):35-49.