



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB**

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**ARTHUR PIEMONTE TUFENKJIAN**

**A VIVÊNCIA DA MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR POR  
PSICÓLOGOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

**BRASÍLIA**

**2022**



**ARTHUR PIEMONTE TUFENKJIAN**

**A VIVÊNCIA DA MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR POR  
PSICÓLOGOS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Relatório final de pesquisa de Iniciação  
Científica apresentado à Assessoria de  
Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Janaína de Fátima Vidotti

**BRASÍLIA**

**2022**

## **DEDICATÓRIA**

Gostaria de agradecer, inicialmente, minha orientadora Janaina de Fátima Vidotti, por ter aceitado embarcar comigo nesse projeto ainda em 2020. Fico muito feliz de ter tido a oportunidade de realizar minha primeira pesquisa científica com uma pessoa carinhosa, inteligente e dedicada. Sempre muito atenciosa diante as minhas dúvidas e muito responsável em nossas reuniões semanais para discussão do projeto, não poderia ter tido sucesso se não fossem nossas discussões semanais sobre o tema e sobre o andamento da pesquisa. Esse projeto foi iniciado em 2020 e colocado em prática em agosto de 2021. Sinto-me realizado por ter finalizado esta pesquisa científica e com a sensação de dever cumprido após horas e horas de estudo.

Também gostaria de agradecer à instituição UniCEUB. por oportunizar na universidade o PIC (Projeto de Iniciação Científica), colocando os alunos que desejam seguir carreira acadêmica mais perto do mundo da pesquisa.

Gostaria de agradecer aos participantes da pesquisa que providenciaram todas as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho, assim como a disponibilidade dos encontros para a realização das entrevistas. Também gostaria de parabenizar todos pelo excelente trabalho realizado durante a pandemia e homenagear todos os profissionais da saúde que infelizmente perderam suas vidas para salvar outras durante a pandemia.

Por fim, gostaria de agradecer aos meus familiares por terem prestado todo suporte necessário durante esses últimos anos de pandemia e por todo apoio durante essa caminhada de pesquisador.

## RESUMO

A pandemia da COVID-19 teve início no começo do ano de 2020 e surpreendeu o mundo com um vírus que se propagou de forma rápida, infectando grande parte da população, levando a sintomas como febre, dificuldade respiratória, perda de sabor ou de odor e, em muitos casos, à necessidade de internação em instituições hospitalares e à morte. O objetivo do presente estudo foi compreender como psicólogos hospitalares vivenciaram a morte no contexto hospitalar diante do contexto da pandemia da COVID-19, evidenciando as transformações que ocorreram no ambiente de trabalho, as mudanças nos processos de morte decorrentes da COVID-19 e a compreensão da vivência a partir da perspectiva de psicólogos que trabalharam diretamente com estes casos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Para coleta de dados, foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram transcritas e submetidas à Análise Temática. Os resultados foram divididos em quatro categorias, sendo elas a formação em psicologia da saúde e hospitalar; rotina de trabalho; vivência da morte dentro do hospital; e desafios e mudanças para a psicologia hospitalar. A partir das entrevistas, observou-se que a pandemia alterou de modo significativo a vivência da morte no contexto hospitalar, modificando os significados dessas perdas principalmente devido ao alto número de óbitos diários e às mudanças no processo de morte, como evolução rápida da doença e ausência de familiares no ambiente hospitalar para os processos de despedida comuns até então. A alta demanda nos serviços hospitalares, as mudanças no trabalho, como a necessidade de adaptação do atendimento através do uso de tecnologias digitais, e o risco da própria contaminação e transmissão do vírus para familiares e amigos resultou em desgaste na rotina de trabalho e aumento do risco de agravo da saúde física e mental para o profissional da saúde. Conclui-se que a pandemia da COVID-19 alterou significativamente a rotina de trabalho destes profissionais, levando-os à necessidade de maior convivência e resignificação dos processos de morte e luto neste contexto.

**Palavras-chave: COVID-19, Psicologia Hospitalar, Morte, Luto.**

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
1.1 Objetivos.....	7
2. Fundamentação Teórica.....	7
2.1 A pandemia da Covid-19.....	7
2.2 Psicologia da saúde e a atuação dos psicólogos em hospitais.....	10
2.3 A morte no contexto hospitalar.....	14
3. Método.....	18
3.1 Tipificação.....	18
3.2 Participantes.....	19
3.3 Local.....	19
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	19
3.5 Procedimentos metodológicos.....	20
4. Resultados e Discussões.....	23
4.1 Formação em psicologia da saúde na universidade.....	24
4.2 Rotina de trabalho.....	27
4.3 Vivência da morte dentro do hospital.....	33
4.4 Desafios e mudanças para a psicologia hospitalar.....	39
5. Considerações finais.....	41
6. Referencias.....	44
7. Anexos.....	49

## 1. Introdução

A morte é uma vivência pela qual todo ser humano passa. É algo natural e a única certeza que se tem é a de que a vida termina. Entretanto, essa experiência é vivida de diferentes maneiras pelos indivíduos, pois cada situação apresenta-se com singularidade e envolve a dimensão da subjetividade. É sabido que a vivência da morte é um fenômeno cultural, histórico e repleto de significados, que atravessa a dimensão espiritualidade. A morte no ocidente e na modernidade, muitas vezes, é comparada à derrota e ao fracasso, por isto é negada e o prolongamento da vida apresenta-se como alternativa para evitar a dor e o contato com a vulnerabilidade do indivíduo.

Compreende-se que a vivência da morte nas instituições de saúde é comum e rotineira e que as equipes multidisciplinares lidam constantemente com a finitude de seus pacientes. Infelizmente, grande parte desses profissionais de saúde ainda se sentem despreparados diante das situações de morte, tema ainda pouco abordado nas graduações de cursos de saúde.

Apesar disto, a morte, tema tabu na cultura ocidental, vem sendo estudada por meio da Tanatologia no Brasil desde os anos 80, iniciada por Wilma Torres, pioneira na área de estudos e pesquisas. Maria Júlia Kovács importante pesquisadora, formada e doutora pela USP em psicologia, pioneira nos estudos sobre a questão da morte nas Instituições de Saúde e Educação . Outra importante psicóloga com grande bagagem nesse tema é a professora titular da PUC Maria Helena P. Franco com destaque nos estudos de psicologia clínica, morte e luto.

Desde janeiro de 2020, o mundo tem enfrentado a maior pandemia desde o início do século XXI: a COVID-19. Causada por um vírus, o SarsCov-2, a COVID-19 causou a morte de mais de 3 milhões de pessoas no mundo e tem sido a causa da morte de muitos brasileiros. Em decorrência de negacionismo, inclusive em relação às recomendações da OMS, notícias falsas, não alinhamento entre as esferas do governo e ausência de uma condução unificada e segura da pandemia, o Brasil tornou-se o segundo país com maior número de casos no mundo

e atualmente soma mais de 680 mil mortos pelo vírus. Neste cenário, há sobrecarga no sistema de saúde brasileiro, marcado por escassez de leitos UTI e até mesmo de insumos hospitalares básicos, além de alta demanda aos profissionais da saúde que trabalham na linha de frente de combate à COVID-19.

Apesar de lidarem diariamente com pacientes infectados, muitos em condições graves e que não sobreviverão ao adoecimento, muitos desses profissionais não recebem formação para lidarem com a morte, processo que, como mencionado anteriormente, envolve singularidades, valores e sentimentos que impactam os pacientes, familiares e a própria equipe de saúde. Além disto, o contato regular com a morte não isenta estes profissionais de temerem a perda de seus pacientes e de terem que lidar com as possíveis repercussões do convívio regular com as intensas emoções que a morte desperta, como a angústia e o medo.

Apesar das resistências históricas para adentrar em equipes de saúde, culturalmente centradas na figura do médico, e para ter seu papel reconhecido por estas, os psicólogos hospitalares têm mostrado importante papel nas últimas décadas dentro dos hospitais, trazendo importantes colaborações para lidar com os casos envolvendo adoecimentos em geral, assim como situações que envolvem finitude da vida, como nos casos de pacientes em cuidados paliativos. No contexto pandêmico atual, a atuação do psicólogo tem sido requisitada, refletindo o reforço sobre o quanto esses profissionais podem ser essenciais em equipes de saúde. Isto porque, o psicólogo hospitalar pode potencializar o cuidado integral dos indivíduos adoecidos e de seus familiares ao lidarem com os aspectos psicológicos que envolvem o adoecer pela COVID-19. Isto resulta em um suporte essencial ao trabalho da equipe de saúde. A pergunta de pesquisa desse trabalho foi: Como os Psicólogos Hospitalares estão vivenciando a morte durante a pandemia da COVID-19.

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

Compreender como psicólogos hospitalares têm vivenciado a morte no contexto hospitalar em decorrência da pandemia da COVID-19.

### **Objetivos específicos**

Conhecer as mudanças e desafios na rotina do psicólogo hospitalar no contexto de pandemia a partir da pandemia da COVID-19;

- a) Conhecer os processos de óbito e luto no contexto histórico atual;
- b) Conhecer os significados atribuídos à vivência da morte no contexto de pandemia;
- c) Investigar como estes profissionais estão lidando com situações de terminalidade e os impactos desta nova realidade na equipe de saúde;

## **2. Fundamentação Teórica**

Este trabalho está fundamentado em 3 eixos teóricos, sendo estes a) introdução do contexto da pandemia para análise deste momento histórico e suas implicações na saúde mental; b) a introdução do psicólogo no ambiente hospitalar e sua função diante a pandemia; c) e, por último, contextualização teórica sobre a morte, uma vez que este momento de pandemia já tirou a vida de mais de 680 brasileiros e mais de 6 milhões de pessoas ao redor o mundo.

### **2.1 A pandemia da Covid-19**

A segunda pandemia do século XXI decorrente do novo coronavírus (SARS-CoV2) teve sua origem em dezembro de 2019, na China, mais especificamente em Wuhan, que logo em seguida foi disseminada entre as pessoas dessa região e mais tarde espalhada pelo mundo. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia devido a COVID-19. Atualmente, a pandemia ultrapassa dois anos, não possui previsão para

acabar e diariamente pessoas vão a óbito por causa do vírus, sendo o Brasil o segundo país com o maior número de mortes pelo novo coronavírus atualmente, com mais de 600 mil mortos estando apenas atrás dos Estados Unidos que é primeiro país com mais de 1 milhão de mortos.

Desde o início do século XXI o mundo passou por diversas epidemias, sendo a atual pandemia da COVID-19 (SARS-CoV-2) e a segunda pandemia deste século. É importante ressaltar que só nesses últimos 20 anos o mundo vem passando por diversas epidemias, o que gera instabilidade no sistema de saúde e na economia, além de deixar um rastro de morte por onde essas doenças passam. Em 6 de Junho de 2022, a COVID-19 já matou no mundo todo mais de 6 milhões de pessoas, ultrapassando a última pandemia H1N1 que teve menos de 20 mil mortos. A presença da COVID-19 é manifestada por diversos sintomas, variando de assintomático/sintomas leves para sintomas severos e podendo levar à morte (Esakandari et al., 2020). Os sintomas também incluem tosse, febre, e perda de ar. Outros sintomas são fraqueza, mal estar, dificuldade respiratória, dor muscular, dor de garganta, perda de sabor ou de odor (Esakandari et al., 2020).

Diante da pandemia, a Organização mundial da Saúde (OMS) alertou a comunidade científica e a população em geral sobre seus riscos, e, com isso, recomendou à população a tomada de certas medidas para evitar o contágio da COVID-19, como usar máscaras, manter o distanciamento social, evitar aglomerações e higienizar as mãos utilizando álcool em gel. Inicialmente, com o intuito de achatar a curva de infectados, a medida mais efetiva comprovada contra a COVID-19 foi o isolamento social, no qual os indivíduos devem permanecer em quarentena e manter o distanciamento social sempre que possível (OMS, 2021), contudo no primeiro momento da pandemia não havia vacinas disponíveis mas em dezembro de 2020, diversos países começaram a vacinação contra o coronavírus e o Brasil iniciou a imunização de sua população através em 2021, portanto a vacina se tornou a melhor

medida comprovada de proteção contra o vírus. Entretanto, devido a impasses na aquisição dos imunizantes durante o ano de 2020 e o discurso negacionista contra a ciência no país, a vacinação em massa dos brasileiros demorou a ocorrer, sendo que apenas em 2022 houve um alívio nas mortes por conta da covid-19.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, ou seja, em momentos de crise, como o atual, é possível que a população seja atingida por sofrimento psíquico. Além disto, medidas adotadas para proteção da saúde, como o isolamento social, tendem a afetar a saúde mental da população. Uma revisão de estudos sobre situações de quarentena apontou alta prevalência de efeitos psicológicos negativos, especialmente humor rebaixado e irritabilidade, ao lado de raiva, medo e insônia, muitas vezes de longa duração (Brooks et al., 2020).

Os efeitos adversos à saúde mental decorrentes da pandemia não afetam apenas a população em geral, mas afetam também, de modo significativo, profissionais da área de saúde, como aqueles que têm trabalhado na linha de frente contra o coronavírus. São profissionais que trabalham diariamente nos hospitais, vivenciando mortes, escassez de equipamentos, aumento da carga horária e falta de leitos, o que faz com que possam ter intensificação de sintomas de ansiedade, depressão, insônia e estresse (Bao et al., 2020). Além da intensificação do trabalho em si, estão diretamente em contato com pessoas infectadas, o que resulta em medo relacionado ao próprio risco de infecção e contaminação de familiares, além do medo de perdas pessoais, agravando os riscos para a saúde mental destes indivíduos. Ainda que esses profissionais não atuem na linha de frente ou que precisem se afastar dessa atuação temporariamente, eles podem apresentar sofrimento psicológico em contextos de emergências de saúde (Brooks et al., 2020).

Durante a pandemia da COVID-19 foram observadas duas ondas diferentes, sendo a primeira onda relatada em 2020 afetando grande parte da população mais idosa e de risco, momento que não havia vacinas, informações concretas sobre como combater o vírus e a dificuldade da rotina de trabalho dentro dos hospitais. A 2ª onda foi observada em 2021 momento que já se sabia como combater a proliferação do vírus, as vacinas já estavam sendo distribuídas para uma parte da população, com isso as vítimas da COVID-19 acabavam sendo pessoas mais jovens ou de meia idade. Uma pesquisa sobre psicólogos hospitalares relatou que por conta do segundo pico da pandemia ter ocorrido em 2021 já havia uma familiaridade com os protocolos de segurança e formas de tratamento para a COVID-19, dessa forma os profissionais já estavam mais preparados ao cenário intenso dentro do hospital, no entanto aspectos emocionais e físicos também foram observados, estando presentes cansaço, esgotamento mental e lutos (Eduarda Dodô Sales et al., 2022)

## ***2.2 Psicologia da saúde e a atuação dos psicólogos em hospitais***

Por muito tempo, dentro dos hospitais e nos diversos contextos de saúde, foi dada maior importância às questões físicas e orgânicas em detrimento dos fenômenos psicológicos. O foco esteve nas doenças, principalmente naquelas que causam um impacto “visível” e palpável, como câncer, doenças cardíacas, lesões físicas, entre outras, ignorando a dimensão psíquica do sujeito. O avanço da ciência médica nos séculos XVIII e XIX resulta no modelo biomédico, que, na compreensão sobre saúde, exclui fatores psicológicos e sociais, priorizando o aspecto orgânico. Através desta perspectiva, toda doença pode ser explicada por meio de alterações fisiológicas, orgânicas e desequilíbrios químicos (Straub, 2014).

O modelo biomédico tem grande influência de René Descartes, filósofo renacentista fortemente influenciado pelo mecanicismo, que comparava o corpo humano como uma máquina. Assim, o adoecimento do corpo era comparável a uma máquina quebrada, na qual o médico tinha a tarefa de consertar e realizar ajustes para que voltasse a funcionar. O dualismo

cartesiano, ou seja, divisão entre mente e corpo, destitui a separação da doença por apenas problemas fisiológicos, não levando em consideração a mente humana. Como consequência, até hoje há um legado no ocidente, presente até os dias atuais, de não valorização dos aspectos psicológicos no processo saúde-doença.

Ao longo do século XX, novas perspectivas sobre saúde, doença e os comportamentos humanos começam a surgir, como a definição, em 1948, sobre saúde realizada pela OMS, que passou a considerar as dimensões mentais e sociais, além da física. De acordo com Straub (2014), é em 1973 que a American Psychological Association (APA) indica força-tarefa com objetivo de explorar o papel da psicologia no campo da medicina comportamental, criando, em 1978, a divisão de psicologia da saúde. A partir desse novo modelo, estabeleceu-se que os psicólogos teriam quatro objetivos fundamentais a serem cumpridos na área de saúde: promover a saúde, estudar de forma científica e objetiva as causas das doenças, promover políticas públicas e prevenir e tratar doenças (Straub, 2014). Nestes cenários, os psicólogos da saúde trabalham a partir de uma visão biopsicossocial dos indivíduos, em contraposição ao modelo biomédico, considerando tanto a mente quanto o corpo, assim como fatores socioculturais que influenciam a saúde.

No Brasil, país que historicamente investiu em instituições hospitalares, a Psicologia Hospitalar é caracterizada pela atuação nos níveis secundários e terciários de saúde. A Psicologia Hospitalar é uma possibilidade de atuação dentro da Psicologia da Saúde e, de acordo com Simonetti (2004), pode ser compreendida como o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. A função do psicólogo nesse ambiente seria, então, amenizar a dor do paciente, tratando-o como um sujeito holístico, trabalhando com ele e com sua família através da integração com a equipe de saúde. Neste contexto, o trabalho do psicólogo não se restringe ao atendimento clínico. Faz-se importante lembrar que, o psicólogo que está inserido dentro do hospital também é um psicólogo da

saúde e deve atuar visando promoção e manutenção do bem estar de indivíduos, da comunidade e da população (Pires & Braga, 2009). Dessa forma, a finalidade do trabalho da Psicologia no ambiente hospitalar não é apenas a dor do paciente, mas também a angústia inegável da família e a angústia disfarçada, muitas das vezes negada pela equipe (Lara Rampasi et al., 2021). Portanto, neste contexto pandêmico, o psicólogo vai atuar ainda mais com a família do paciente por conta das restrições hospitalares, com a equipe médica e com os pacientes adoecidos, internados e lidando com todos os fenômenos psicológicos envolvidos neste processo, objetivando melhor enfrentamento desta situação.

Com a pandemia do novo coronavírus, o ambiente hospitalar foi extremamente afetado pela nova realidade e, com isso, a dinâmica hospitalar e a rotina das equipes multidisciplinares mudaram significativamente. Em estudo realizado por (Zhang et al., 2020) com 1.563 médicos que atuavam em hospitais de diferentes cidades chinesas, constatou-se a prevalência de sintomas de estresse em 73,4% dos respondentes, depressão em 50,7%, ansiedade em 44,7% e insônia em 36,1% (Zhang et al., 2020). Compreende-se que este é o reflexo deste novo contexto de saúde, no qual houve aumento significativo de pessoas adoecidas, com disparo do número de pessoas contaminadas pelo coronavírus e, conseqüentemente, disparo no número de pessoas que precisavam de internações, pacientes graves e mortes. Estes números são, muitas vezes, incompatíveis com a quantidade de leitos hospitalares disponíveis e com a quantidade de recursos humanos, resultando em aumento da carga de trabalho e do nível de estresse dos profissionais, o trabalho do psicólogo neste contexto pandêmico deve ser construído a partir de uma tríade paciente-equipe-família, com foco nas demandas dos pacientes hospitalizados pela COVID-19 (Grincenkov, 2020), em seus familiares e nas equipes de saúde, através da identificação daqueles trabalhadores com maior vulnerabilidade de serem afetados pelo atual contexto.

A Fundação Oswaldo Cruz produziu uma cartilha de orientação voltada aos psicólogos hospitalares e sua atuação durante a pandemia da COVID-19, na qual se salienta que o psicólogo hospitalar deve estar envolvido na proposição das estratégias de cuidado a pacientes, familiares e profissionais de saúde durante a pandemia (Fiocruz, 2020). Entre as diversas modificações e intensificações das demandas para o profissional psicólogo atuante na linha de frente contra o coronavírus, um dos principais desafios para a categoria profissional lidar com o isolamento dos pacientes e as consequências disto. Isto porque, devido ao fato de o coronavírus ser extremamente contagioso, os pacientes infectados são comumente levados para áreas do hospital mais isoladas, resultando na impossibilidade de visitas de familiares e dificultando o acompanhamento presencial. Sabe-se que a família influencia bastante no processo de perda e recuperação de saúde do paciente, mas nem sempre possui bagagem emocional para lidar com a situação, portanto a necessidade do trabalho psicológico tanto com o paciente como a sua família (Lara Rampasi et al., 2021).

Em decorrência da impossibilidade das visitas familiares nos hospitais, uma das estratégias encontradas pelos psicólogos hospitalares têm sido realizar intervenções por meio de videochamadas ou telefonemas, com intuito de reduzir o sofrimento psíquico e realizar a aproximação virtual entre o paciente e seus familiares. Desta forma, a tecnologia tornou-se um recurso fundamental nesse contexto, proporcionando a comunicação entre os sujeitos envolvidos, com foco em soluções que reduzam o sofrimento destes e, conseqüentemente, a sobrecarga física e emocional dos profissionais (Lima et al., 2020).

Entre as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar atualmente, no momento que um paciente infectado com o novo coronavírus é internado no hospital, por exemplo, as famílias dos pacientes podem receber acolhimento dos psicólogos hospitalares para que seja estabelecido um vínculo de confiança entre a instituição e a família. Neste primeiro momento, uma importante estratégia é realizar a orientação de que durante a pandemia e

isolamento social a comunicação, visitas e o boletim médico ocorrerão de modo remoto, para resguardar os profissionais de saúde quanto às famílias dos infectados. Outras formas de atuação que os psicólogos utilizam para os pacientes intubados foi pedir aos familiares gravações de áudios, vídeos, leitura de cartas, bilhetes e mensagens em voz alta para o paciente. No caso daqueles pacientes em estados mais graves e que vêm a óbito, apesar de não ser atribuição do psicólogo comunicar sobre a morte a seus familiares, pois esta é uma atribuição médica, ele poderá fazer parte do processo de comunicação, acompanhando a família, auxiliando na expressão de sentimentos e ofertando o suporte possível ao momento para manejo das reações diante da notícia (Fiocruz, 2020).

Em relação à atuação com a equipe, o psicólogo também poderá contribuir com a promoção da saúde mental, uma vez que esses profissionais que atuam na linha de frente podem estar com sensações de desgaste, exaustão e com pensamentos negativos. Um estudo realizado na China relatou que equipes de saúde mental passaram a observar sinais de sofrimento psicológico, irritabilidade aumentada e recusa a momentos de descanso por parte de profissionais da saúde que trabalhavam na linha de frente (Chen et al., 2020).

As intervenções psicológicas podem se dar por meio de esclarecimento quanto à práticas autocuidado e suas importâncias, incentivo a momentos de pausa, acolhimento desses profissionais por meio da escuta, incentivo à expressão dos sentimentos e comunicação com a equipe multidisciplinar no intuito de facilitar a transparência e disseminação das informações (Crepaldi et al., 2020; Lima et al., 2020; Schimidt et al., 2020).

### **2.3 A morte no contexto hospitalar**

A temática da morte é um assunto tabu na cultura ocidental. Ela envolve processos simbólicos, culturais e históricos, mesmo sendo parte do ciclo vital humano, é um tema que gera desconforto e angústias, sendo muitas vezes evitado ou negado para não gerar

sofrimento existencial nos indivíduos. De fato, que, para o homem ocidental moderno, a morte passou a ser sinônimo de fracasso, impotência e vergonha. Tenta-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, ela é escondida e negada (Combinato & Queiroz, 2006). Diferentemente dos dias atuais, na antiguidade, a morte era compreendida de forma mais naturalizada, fazendo parte do cotidiano e da família. Além disto, ocorria em ambiente familiar, ou seja, dentro de casa, diferentemente das mortes na modernidade, na qual boa parte das mortes acontecem dentro dos hospitais, tornando essas mortes invisíveis (Combinato & Queiroz, 2006; Kovács, 2014). Essas mortes acabam se tornando invisíveis pois a maioria delas ocorre dentro da instituição hospitalar, tornando-a distante, asséptica, silenciosa e solitária (Kovács, 2014). Os sujeitos que acabam indo a óbito viram estatísticas, números e muitas vezes não estão perto de seus entes queridos, estando apenas acompanhados da equipe médica. De acordo com Oliveira, a morte na modernidade ocorre em um ambiente isolado, com janelas fechadas, luz artificial, temperatura constante mantida pelo ar condicionado e equipamentos técnicos (Oliveira, 2002). Os profissionais da saúde realizam procedimentos altamente sofisticados com pacientes que se encontram em situações limite entre a vida e a morte.

No contexto atual, esta compreensão de morte invisível se torna ainda mais presente, pois, além de ela ocorrer de modo individual e solitário, em leitos hospitalares isolados e na ausência de familiares, os altos números de óbitos diários tornaram-se comuns e são, muitas vezes, naturalizados.

Historicamente, o estudo da morte recebeu o nome de Tanatologia, área de conhecimentos e de aplicação, envolvendo cuidados a pessoas que vivem processos de morte pela perda de pessoas significativas, processos de adoecimento, em decorrência de comportamentos autodestrutivos, como o suicídio, ou por causas externas, como pela violência presente principalmente nos centros urbanos (Kovács, 2008). Um dos temas mais

importantes desenvolvidos pela tanatologia é o cuidado de pacientes em finitude da vida. Elisabeth Kübler Ross psiquiatra Suíça nascida em 1926, foi pioneira nesse assunto, em 1969 publicou seu livro “Sobre a morte e o morrer” trabalhando sua teoria sobre o luto, compreende que este pode ser observado em cinco estágios por pacientes com diagnósticos graves e seus familiares, sendo estas fases a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A partir destes estudos, começou-se a ter uma visão mais humanizada sobre o tratamento de pacientes em fim de vida e sobre a importância da escuta e cuidado aos envolvidos nesse processo de finitude.

Outra figura importante nesta área foi a enfermeira Cicely Saunders, inglesa, nascida em 1918, que se dedicou aos cuidados de pacientes enfermos sem perspectiva de cura. Foi fundadora do primeiro Hospice, local de cuidado a pessoas enfermas e em finitude de vida, o St Christopher’s Hospice, em 1967. Por isto, tanto Kübler Ross quanto Cicely Saunder são consideradas precursoras dos cuidados paliativos. De acordo com Carvalho (2012), “os cuidados paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento.” (p. 26).

Na conjuntura atual, na qual diversas pessoas têm sido internadas e vão a óbito por conta do novo coronavírus, profissionais da linha de frente têm se dedicado à humanização dos atendimentos, com destaque aos cuidados paliativos, que busca controlar sintomas e aliviar sofrimento (Fiocruz, 2020). Por conta do aumento de casos do novo coronavírus e do número de mortes, os serviços de saúde vêm-se cada vez mais demandados e sobrecarregados, impactando negativamente na continuidade e qualidade do cuidado em saúde prestado à população (Radbruch et al., 2020)

No contexto da pandemia, em que a morte se tornou mais frequente, próxima e subida, as dificuldades nos processos de terminalidade, morte e luto podem se intensificar

(Fiocruz, 2020). Uma das principais dificuldades vivenciadas neste momento é a impossibilidade de realização de rituais fúnebres tradicionais. Os rituais e processos de despedida daqueles pacientes infectados pelo coronavírus em situações graves internados nos hospitais sofreram alterações drásticas, pois, como informado anteriormente, nesses locais não há visitas, pois o isolamento das pessoas infectadas deve ser respeitado, além de muitos destes se encontrarem entubados, dificultando a comunicação no final da vida.

Tanto a comunicação verbal quanto a não verbal podem ser importantes nos rituais de despedida. A comunicação não verbal, especificamente, parece importante em situações em que as palavras são insuficientes para externalizar o que se deseja ou, ainda, não podem ser ditas (Lisbôa & Crepaldi, 2003). Como mencionado anteriormente, estratégias como uso de videochamadas, mensagens de áudios e utilização de tablets têm sido utilizadas para mediação de comunicação e expressão de sentimentos, como em situações de despedidas. Um exemplo de atuação seria estimular os familiares e amigos a expressarem seu luto com o uso de tecnologias para a despedida, como ligações por vídeo ou mensagens de voz, além das cartas, e-mails e mensagens de despedida ao ente querido (Fiocruz, 2020).

Os rituais são fundamentais para dar sentido e significado a situações de crise, como no caso da morte (Kovács et al., 2014). Com a interrupção desses rituais, muitos acabam não se despedindo de maneira apropriada ou como gostaria, o que pode tornar ainda mais desafiador o processo de luto, sobretudo quando os familiares consideram que o falecido não recebeu o ritual funerário que merecia (Ingravallo, 2020). Os rituais de despedida são um momento único para familiares se despedirem dos seus entes queridos, entretanto a pandemia da COVID-19 exigiu mudanças nos hábitos, costumes e protocolos que envolvem pacientes, mortes e luto, como forma de evitar a propagação do vírus (Fontes et al., 2020). Cada país optou por uma restrição pós morte diferente, o Brasil optou por suspender os rituais fúnebres para grande parte da família e amigos. A vítima da COVID-19 precisava ser enterrada com o

caixão velado e lacrado. Ao restringir as opções nos velórios e enterros, essas medidas tornam improvável a realização dos funerais de acordo com a vontade da família, segundo as suas tradições (Selman et al., 2020)

A complexidade desse momento pode dificultar ainda mais a elaboração do luto e, com isso, o processo pode passar de um luto esperado para um luto complicado, que, por sua vez, envolve a intensificação do sofrimento, sem progressão para resolução ao longo do tempo, de forma que a pessoa se sente sobrecarregada e passa a apresentar comportamentos desadaptativos que a prejudicam na vida diária (Worden, 2018). Para Crepaldi (2003) e Schmidt (2011), citados por Crepaldi (2020):

No contexto hospitalar, o psicólogo pode identificar os pacientes com alto risco de morte, para explorar as compreensões sobre a gravidade da doença, o desejo e as condições emocionais, tanto por parte do enfermo quanto das pessoas afetivamente mais próximas, para realização de ritual de despedida; essa abordagem prévia é fundamental, visando à preservação dos envolvidos. (p.7)

### **3. Método**

#### ***3.1 Tipificação***

Essa pesquisa é de caráter descritivo e exploratório, utilizando da metodologia qualitativa de pesquisa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2002). A pesquisa qualitativa tem como matéria prima um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação que, por sua vez, expressam valores, crenças e representações sociais (Minayo, 2020). A pesquisa qualitativa tem como importância,

analisar os processos singulares e subjetivos dos participantes para uma compreensão mais profunda do olhar do sujeito com o objeto da pesquisa. O estudo qualitativo é experiencial, é empírico e está direcionado ao campo. Enfoca as observações feitas pelos participantes e leva mais em consideração o que eles veem do que o que sentem. (Stake, 2011 p. 25). Como estratégia metodológica, será utilizado o estudo de casos múltiplos. Segundo Mercês e Silva (2018), o estudo de caso é definido como uma investigação empírica que busca em profundidade um fenômeno contemporâneo. Para Yin (1994), o estudo de casos múltiplos é aquele que envolve mais do que um único caso e tem como vantagem proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto.

### ***3.2 Participantes***

A amostra foi composta por 5 psicólogos hospitalares que trabalharam, no mínimo, seis meses na linha de frente contra a COVID-19 durante a pandemia em instituições hospitalares referências no atendimento à COVID-19. A amostra foi por conveniência e estes profissionais foram convidados a partir da rede de contato dos pesquisadores do presente estudo. Eles foram identificados por iniciais sendo elas: A., C., E., G., K..

### ***3.3 Local***

Devido ao contexto atual, em que ainda há necessidades de isolamento social e visando diminuir riscos aos envolvidos na pesquisa, tanto para o pesquisador quanto para os participantes, as entrevistas foram realizadas de modo remoto. Elas ocorreram por meio da plataforma Google Meet. Foram realizadas em horário escolhido pelo profissional e em local que garantiu a preservação de sigilo, conforto e não interferência durante a entrevista.

### ***3.4 Instrumento de coleta de dados***

Foi utilizado na pesquisa um roteiro de entrevista semiestruturado composto por 7 perguntas e que se encontra no Apêndice B. A entrevista é um recurso apropriado à pesquisa qualitativa, pois têm como objetivo proporcionar um aprofundamento no objeto de estudo,

buscando refletir a singularidade do sujeito e de suas vivências. Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada nesse processo de trabalho de campo (Minayo, 2002 p. 64). Existem vários tipos de entrevistas e, na presente pesquisa, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que dispõe de perguntas prévias, mas que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada e ao entrevistador elaborar novas perguntas no decorrer da entrevista (Minayo, 2002b). O roteiro de entrevista foi elaborado pelos pesquisadores do presente estudo, visando atingir os objetivos propostos. Como materiais, foram utilizados um notebook com conexão à internet e webcam e um gravador celular.

### ***3.5 Procedimentos metodológicos***

Após aprovação no Programa de Iniciação Científica (PIC), projeto foi enviado ao Comitê de Ética do UniCeub. Após aprovação (CAAE 4.990.920), foi iniciada a coleta de dados através do contato com potenciais participantes. A amostra foi por conveniência. Para isto, foram realizados convites a psicólogos hospitalares que fazem parte da rede de contato dos pesquisadores do presente estudo e que se encaixem nos critérios de inclusão e exclusão (psicólogos hospitalares atuantes ou que tenham atuado por pelo menos seis meses diretamente na linha de frente durante a pandemia da COVID-19). A partir do aceite, a entrevista foi agendada no melhor dia e horário para o profissional em questão e ocorreu através de meios digitais. No dia agendado, foi realizada aplicação do TCLE (Apêndice A), que foi lido e assinado pelos participantes. A partir disso, foram iniciadas as entrevistas, que foram gravadas através do celular e pela gravação de tela do notebook. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e analisadas.

Para análise dos dados, inicialmente, foi utilizada a Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006). De acordo com os autores, a Análise Temática é um método para

identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, organizando e descrevendo o conjunto de dados em ricos detalhes (Braun e Clarke, 2006). Portanto, pode ser considerada uma estratégia que funciona tanto para refletir a realidade, como para desfazer ou desvendar a superfície da realidade (Braun e Clarke, 2006). Por se tratar de uma pesquisa que visa obter dados por meio de entrevistas, a análise temática será indutiva. Para isto, foi realizado um processo de codificação dos dados, sem tentar se encaixar em um quadro de codificação preexistente, ou preconceitos analíticos do pesquisador. Neste sentido, esta forma de análise temática é orientada pelos dados (Braun e Clarke, 2006).

O nível de análise dessas informações será de nível latente, ou seja, que vai além do conteúdo semântico dos dados, capaz de identificar ou examinar as ideias, suposições conceitualizações – e ideologias – subjacentes que são teorizados como formatação ou informação do conteúdo semântico dos dados. Assim, para a análise temática latente, o desenvolvimento dos próprios temas envolve trabalho interpretativo e a análise que é produzida não é apenas a descrição, mas também teorização (Braun & Clarke, 2006).

Epistemologicamente, a análise temática será realizada num enfoque construcionista, através do qual não se pode e não se pretende concentrar em motivação ou psicologias individuais, buscando teorizar sobre os contextos socioculturais e as condições estruturais que permitem que as ideias individuais sejam consideradas (Braun & Clarke, 2006).

Para as autoras a análise temática é dividida em 6 fases:

- 1) Familiarizando-se com seus dados: fase de imersão nos dados obtidos através dos instrumentos aplicados, que neste caso será o roteiro de entrevista semiestruturada. A imersão geralmente envolve leitura repetida dos dados, de maneira ativa, ou seja, procurando significados e padrões. É ideal ler todo o conjunto de dados pelo menos uma vez antes de começar a codificação, pois a identificação de possíveis padrões poderá ser moldada durante a leitura.

2) Gerando códigos iniciais: a segunda fase começa após ter-se lido e se familiarizando com os dados, assim como ter gerado uma primeira lista de ideias sobre as informações coletadas e sobre o que é interessante nelas. Esta fase, então, envolve a produção de códigos iniciais a partir dos dados

3) Buscando por temas: envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais. Aqui, juntam-se todos os extratos codificados relevantes nos temas identificados

4) Revisando temas: nesta fase há dois níveis de revisão e refinamento dos temas. O primeiro nível consiste na revisão nos extratos codificados de dados. Para isto, é necessário ler todos os extratos recolhidos para cada tema e considerar se eles aparentam formar um padrão coerente. O segundo nível envolve um processo semelhante, mas em relação ao conjunto de dados como um todo. Aqui, deve-se considerar a validade de temas individuais em relação ao conjunto e se o mapa temático candidato reflete os significados evidentes no conjunto de dados como um todo de forma precisa.

5) Nomeando temas: fase de refinamento e definição dos temas

6) Produzindo o relatório: nesta última fase, deve-se elaborar um relato que seja convincente, refletindo a validade do estudo, e passível de publicação.

#### 4. Resultados e Discussão

As características dos participantes da pesquisa podem ser observadas na tabela 1:

**Tabela 1:** *Informações sobre os participantes*

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação acadêmica em psicologia hospitalar</b>	<b>Tempo de atuação em hospital</b>	<b>Residência</b>	<b>Ano de formação</b>
A	48 anos	Não	15 anos	Não	1998
C	29 anos	Sim	4 anos	Sim	2015
E	43 anos	Não	1 ano (contrato temporário na pandemia)	Não	2005
G	39 anos	Sim	9 anos	Não	2004
K	27 anos	Sim	2	Cursando o segundo ano	2018

A partir da Análise Temática das cinco entrevistas realizadas, os resultados obtidos foram divididos e organizados em 4 categorias principais, sendo elas: 1) Formação em psicologia da saúde e hospitalar; 2) Rotina de trabalho; 3) Vivência da morte dentro do hospital; e 4) Desafios para a psicologia hospitalar. Cada categoria será apresentada a seguir.

#### **4.1. *Formação em psicologia da saúde e hospitalar***

Dos 5 participantes entrevistados, apenas 2, A. e E., não tiveram durante a formação acadêmica aulas sobre a psicologia da saúde/hospitalar, e relataram que, na época da formação, os estágios na área eram poucos. Foi destacado na fala destes que a psicologia hospitalar era algo recente e nem todas as faculdades ofereciam no currículo matérias ou aulas específicas sobre este conteúdo. A participante A. foi a que se formou primeiro, em 1998, e essa diferença de formação pode ter contribuído para diferenças na formação acadêmica e no currículo universitário, pois ela não teve experiência acadêmica com a área em questão. De acordo com ela:

Não, assim inclusive é uma das coisas que eu falava, dei aula também esqueci de falar de psicologia hospitalar e saúde hospitalar, e é uma das coisas que eu comentava com os alunos quanto com os residentes que na minha época a gente não teve essa oportunidade, falava muito pouco sobre psicologia da saúde e praticamente quase não se falava, não era um campo de atuação que era muito valorizada, eu acho que na verdade tinha poucos psicólogos na época que falavam isso e na época a gente não teve nem na graduação e também na época não tive oportunidade de fazer residência que era uma coisa que eu gostaria muito de ter feito (A., 48 anos, psicóloga).

Sobre o programa de residência os Psicólogos realizam uma prova para ingressarem no programa de residência de um hospital, existem diversos programas de residência espalhados pelo país e o governo também realiza via concursos para o ingresso no SUS. O programa de residência tem duração de 2 anos e é dividido em sua maioria atividades práticas e depois atividades teóricas. Pela residência ser um pré-requisito novo e obrigatório para o ingresso de psicólogos nos hospitais, apenas as participantes C. e K. a fizeram, o que pode ter ocorrido pela formação mais contemporânea que as duas tiveram em relação aos outros participantes (respectivamente 2015 e 2018). Já o participante E. foi contratado durante a

pandemia para suprir a necessidade de demanda por conta do alto número de hospitalizados nas primeiras ondas, não tendo formação específica na área.

De acordo com os relatos da participante A., formada em 1998, é possível observar que, nesta época, a psicologia da saúde/hospitalar era uma área que estava sendo inicialmente estudada dentro das universidades e não era um campo de estudos ou trabalho priorizado pelos estudantes de Psicologia. Contudo, com o tempo, esta área passou a crescer no Brasil, sendo a Psicologia da Saúde, o que pode ser observado pelo aumento de inserção desses profissionais dentro do Sistema Único de Saúde, como em hospitais, a nível secundário e terciário da atenção.

Os outros três participantes contam que, em sua formação acadêmica, tiveram disciplinas sobre o tema e, com isso, trouxeram diferentes falas e experiências a respeito do currículo disciplinar que tiveram na faculdade. Foi possível observar que, quanto mais recente a formação do profissional entrevistado, mais completo pareceu o ensino da psicologia da saúde e hospitalar na graduação. A participante C. relata que:

Sim, me formei em 2015 [...] Aprendi bastante nesse período da faculdade muito por conta de trabalhos também, sempre optei pela área da saúde mas acabei aprendendo muito por conta dos estágios e que tinham supervisão, ia pro campo, pode ir pro CAPS pro hospital, na época optei por este por achei que ia trabalhar com crianças mas acabou que a vida profissional me levou pra trabalhar com adultos mesmo. Então foi muito rico na graduação essa experiência que eu tive (C., 29 anos, psicóloga).

Fala semelhante surgiu no relato da participante K. que se formou recentemente, em 2018. Ela trouxe que, durante sua formação acadêmica, teve matérias específicas sobre o tema da psicologia da saúde e de cuidados paliativos.

Sim, é essa disciplina que eu tive em psicologia da saúde foi bem única, ela foi muito completa mas eu também peguei disciplina de cuidados paliativos, de psicologia

oncologia então a gente falava muito sobre finitude e desde a graduação eu gostei muito de estudar luto e até na residência desde que eu entrei eu falei que minha ênfase mesmo era estudando o luto (K. 27 anos, psicóloga)

Além das diferenças curriculares, as participantes C. e K., ao final da graduação, realizaram a residência, o que proporcionou melhor profissionalização na área. Também em relação à formação na área, a participante G., realizou um aprimoramento profissional dentro de uma UTI o que atualmente seria considerado como uma residência. De acordo com Assis e Figueiredo (2020), há grande procura por disciplinas específicas e por formação complementar na área da saúde, especialmente hospitalar, principalmente devido ao pouco oferecimento de disciplinas específicas nos cursos de graduação e de estágios disponíveis (Assis & Figueiredo, 2020).

Diferentemente do esperado, a maioria dos participantes (A, C, G, K) mesmo tendo pouco formação durante o curso de psicologia relatam que isso não impactou diretamente na atuação durante a pandemia. Entretanto as dificuldades observadas por estes foram de no início da pandemia ninguém entender direito como o vírus se propaga e a alta demanda dentro dos hospitais. Isso pode ser constatado devido a experiência de anos na área hospitalar dos participantes A. G. e pela experiência de residência/experiência dentro do hospital das participantes C. K. Ressalta-se que apesar das diversas dificuldades na rotina de trabalho proporcionadas pela pandemia da COVID-19 a formação acadêmica para estas que já tinham experiência de trabalho no campo não impactaram em sua atuação.

Entretanto o participante E. que não teve uma formação acadêmica abrangendo a psicologia da saúde e a psicologia hospitalar como atualmente vem sendo cobrado nas universidades, experienciou certas dificuldades nesse ambiente hospitalar, tanto por nunca ter trabalhado como psicólogo hospitalar e ter sido contratado nos contratos temporários devido a alta demanda da COVID-19. Relatou que inicialmente recebeu apenas instruções de como

se paramentar e que o atendimento psicológico foi mais no instinto, relatou que não teve um suporte teórico/prático de como deveria ser sua atuação dentro desse ambiente.

Cara a instrução que eu recebi foi, como me paramentar, como colocar o capote, as tocas, o faceshield, os óculos a máscara e a importância de se paramentar[...]. Mas o atendimento psicológico foi meio que no nosso instinto mesmo, a gente chegava com o paciente na cama, ia conversando, ia perguntando as demandas e ia fazendo algumas pontuações. Até que a gente conseguiu pegar essa prática e conseguir fazer essa prática mais assertiva vamos dizer assim (E., 43 anos, psicólogo).

#### **4.2. Rotina de trabalho**

Diante da pandemia da COVID-19, caracterizada pela rápida proliferação do vírus, as instituições de saúde ficaram sobrecarregadas pela alta demanda e gravidade dos casos, tornando o trabalho de todos mais exaustivo e complicado diante dos desafios impostos. Inicialmente, os psicólogos hospitalares não foram selecionados para trabalhar na linha de frente contra a COVID-19, pois se compreendeu ser mais benéfico ter menos pessoas dentro do hospital para evitar a proliferação do vírus. Entretanto, logo os psicólogos foram inseridos na linha de frente, contribuindo para o trabalho da equipe de saúde e beneficiando o cuidado de familiares e pacientes que foram internados em decorrência da COVID-19.

A atuação do psicólogo hospitalar deve ocorrer a partir do modelo biopsicossocial, ou seja, voltada para a totalidade do paciente, levando em consideração sua mente, seu corpo e seu meio social. A psicologia dentro do hospital tem o objetivo de ajudar o paciente e o familiar a lidarem com os aspectos psicológicos do adoecimento e do processo de internação (Assis & Figueiredo, 2020). Esta compreensão sobre a atuação do profissional foi reafirmada pela maioria dos participantes da pesquisa, excluindo apenas o participante E. este que mesmo observando a importância da família nesse processo de internação não possuía experiência antes da pandemia em hospital. O diferencial observado foi que, antes da

pandemia, a família era muito presente dentro da UTI hospitalar, sendo possível diariamente conversar, ensinar e realizar um trabalho psicoeducacional em conjunto com eles. Contudo, logo no início da pandemia, houve diversas restrições impostas pelos órgãos de saúde para evitar a proliferação do vírus com objetivo de minimizar o número de infectados, como a restrição da circulação de familiares no hospital. Esta foi uma das primeiras mudanças na rotina de trabalho dos psicólogos hospitalares, que tiveram que buscar novas estratégias de atuação sem a presença física dos familiares.

É agora a gente tá assim né, nem voltou à rotina anterior né nem tá na rotina covid assim né, tá no meio terminam né, antes do covid né, a gente passou por vários processos né, então antes do covid a gente tinha um contato com a família, a família era muito presente dentro da UTI [...] aí a pandemia acabou trazendo essas restrições né então assim no momento inicial, ainda era tudo muito novo, e o que se falava era que se defendido tanto pelos órgãos internacionais enfim era que deveria permanecer da unidade apenas a equipe digamos assim essencial (G., 39 anos, psicóloga)

Durante a pandemia, os hospitais vivenciaram pelo menos 3 ondas diferentes pelo surto da COVID-19, cada uma com desdobramentos peculiares na rotina de trabalho e nas atuações dos psicólogos. Logo no início, a primeira onda surpreendeu os profissionais da saúde, quando não havia informações suficientes sobre o vírus ou sobre como evitá-lo. Diante da facilidade de contaminação e pelos seus sintomas serem tosse, febre, e perda de ar (Eskandari et al., 2020), houve alta taxa de infecção e mortalidade principalmente em pessoas mais idosas, que tiveram outras doenças de base agravadas pela COVID-19. Com isso, para os participantes, a primeira onda ficou marcada por ter mais pacientes idosos internados nos hospitais, assim como pelo isolamento total dos familiares.

Para os participantes, a primeira onda também ficou marcada pelo medo da própria infecção e óbito, principalmente devido ao trabalho dentro das UTIs COVID. Isto também foi

observado na pesquisa de Zhang et al. (2020) e Bao et al. (2020), que constataram aumento de estresse, depressão e insônia dentro dos hospitais em decorrência da alta demanda de trabalho, falta de leitos hospitalares e do medo do desconhecido diante da pandemia. Todos participantes dessa pesquisa relataram que, nesse primeiro momento, foi desafiador trabalhar nos hospitais devido à alta demanda, bem como pelo sofrimento psíquico de se trabalhar em um ambiente caótico no qual não havia informações suficientes sobre a COVID-19 e pela convivência diária com o medo de se infectar e contaminar familiares, amigos ou colegas. No estudo de Chen et al. (2020), foi observado aumento nos sinais de sofrimento psicológico, irritabilidade e falta de descanso em profissionais da saúde que trabalharam na linha de frente contra a COVID-19.

Também durante a primeira onda, a atuação do psicólogo hospitalar, para os participantes da pesquisa, ficou marcada por ser mais pontual e na, maioria das vezes, realizada em apenas um atendimento por dia, devido à necessidade de se paramentar para entrar em uma UTI COVID. Foi observado, também, que cada hospital adotou medidas específicas contra a COVID-19, havendo divergências de rotinas de trabalho diante da realidade de cada instituição. Apesar das diferentes rotinas de trabalho por conta da demanda hospitalar, todos participantes citaram as recomendações de uma cartilha elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2020), que foi utilizada como molde de trabalho para o psicólogo hospitalar, entre essas recomendações estavam: Definir e compartilhar o fluxo de atendimento com a equipe, ativar ou construir o Plano de Contingência para Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS), realizar psicoeducação em pacientes hospitalizados nas UTIs, atendimento diário a pacientes em situações de vulnerabilidade. Neste primeiro momento da pandemia, os participantes informaram que essas instruções foram seguidas da maneira possível durante os atendimentos a familiares, pacientes e durante as comunicações de óbitos com os médicos.

Foi observado que a rotina de trabalho destes profissionais ocorreu a partir do trabalho com tríade paciente-equipe-família, como mencionado por Grincenkov (2020). Os participantes relataram que a família foi essencial durante as internações dado que a maioria dos pacientes acabavam sendo entubados. Entretanto, diferente do observado por Rampasi (2021) sobre influência da família no processo de recuperação do paciente, essa pesquisa observou diante os relatos dos participantes que durante a pandemia os óbitos ocorreram de forma muito rápida e inesperada, tornando a influência da família no processo de cura menos significativa nesse novo contexto, devido às dificuldades iniciais de combater a gravidade do vírus, as restrições sanitárias dentro das UTIs e pela gravidade que muitos pacientes chegavam no hospital. Os participantes relataram que a rotina de trabalho passou a ser inesperada, pois, em alguns casos, pacientes que estavam em estados gravíssimos se recuperaram e pacientes que estavam evoluindo bem faleceram rapidamente.

A segunda onda da pandemia ocorreu em 2021 e se diferenciou da primeira foi afetar diversas faixas etárias, principalmente pessoas mais jovens. Para os psicólogos participantes da pesquisa que já haviam atuado na linha de frente em 2020, havia maior preparação e segurança para a atuação. Isto também pode ser observado por Sales et al. (2022), que relata que os psicólogos, na segunda onda, estavam habituados com a rotina imposta pela COVID, havendo maior domínio das dificuldades diárias, dos protocolos de segurança, do cenário hospitalar e esgotamento mental. Também foi observada na fala dos participantes diferença na rotina de trabalho neste momento, principalmente pela faixa etária dos pacientes internados, que permaneciam mais tempo internados que os idosos, bem como pela comoção na equipe de saúde resultante dos óbitos de pessoas mais jovens.

Quando foi na segunda onda a gente percebeu que era pessoas jovens e elas agravam muito rápido, de 2-3 horas a pessoa já entrava em colapso, é um, outro fator que as pessoas vomitavam muito assim, era alguns vomitavam sangue né, vomitavam de

sujar o chão inteiro do hospital e a gente já sabia que era algum rompimento de alguma coisa e sabia que era muito grave né, eu tive uns 3 pacientes que eu via ali vomitando foi pra sala vermelha e não voltaram, então né mudou você via que tava numa situação diferente, a intubação era mais rápida, as pessoas agravaram muito mais rápido, eram pessoas jovens sem comorbidade, muitas vezes sem comorbidade e aí foi modificando e depois foi acalmando e agora eu acho que a maioria é não vacinados que estão no hospital. (A., 48 anos, psicóloga)

Todos os psicólogos entrevistados nessa pesquisa informaram que foi necessário uma reestruturação do ambiente hospitalar para que os psicólogos e outros profissionais realizassem seu trabalho e conseguissem trabalhar com riscos reduzidos, como a adoção de equipamentos de proteção individual (EPI) dentro para evitar o contágio. Algumas outras mudanças ocorreram na estratégia de comunicação entre a equipe e familiares, como o uso de tecnologias como vídeo chamadas e aplicativos de mensagens, que passaram a ser essenciais para o trabalho do psicólogo. Como relatado por Lima (2020), a pesquisa também identificou a importância das tecnologias digitais como recurso fundamental nesse contexto histórico, pois todos participantes informaram terem usado diariamente videochamadas, telefones, internet entre outros equipamentos para proporcionar um melhor acompanhamento e comunicação entre familiar, paciente e a equipe médica.

De acordo com os participantes, antes da pandemia, raramente se considerava o uso de videochamadas com pacientes em UTIs ou em finitude da vida. Diante dessa nova realidade, essas tecnologias que antes eram minimizadas se tornaram essenciais na rotina de trabalho dos psicólogos hospitalares. Além das tecnologias implementadas nesse contexto diante a alta taxa de óbitos e contaminação, os psicólogos na linha de frente dedicavam-se à humanização dos pacientes, muitas vezes colocando-os em cuidados paliativos, aliviando sintomas e sofrimento.

Então a gente acabou trazendo pra nossa rotina questões das visitas virtuais por ter tablet uma coisa que a gente passou a fazer também, com os pacientes e já fazia na época no covid que era bem interessante era passar áudios, vídeos, orações e a família passava pra gente por whats app já que a gente tinha esse recurso pra utilizar então a família ia mandando e mesmos pros pacientes que estavam inconsciente a gente colocava do lado deles, chegava olha fulano seu familiar passou um vídeo, passou um áudio pra você e às vezes acontecia do paciente ir a óbito e a família falar você passou o áudio? Ou eles escreviam cartas e coloca na parede, então era algo que na impossibilidade da presença do familiar a gente trazia o familiar pra dentro da UTI de alguma maneira e isso emocionava muito a equipe de alguma maneira, que escutava um áudio, ouvia né uma música que às vezes o paciente gostava e a gente colocava do lado enfim, então a gente entendeu que esse tipo de iniciativa humanizou muito cuidado e foi algo que ficou também, então a gente também faz isso, continuou fazendo, a gente tem utilizado também, esses recursos audiovisuais. (G., 39 anos, psicóloga)

Como relatado por Lisboa e Crepaldi (2003) a comunicação verbal e não verbal pode ser importante nos rituais de despedida, sendo assim além das videochamadas realizada pelos psicólogos hospitalares na pandemia da COVID-19, outras estratégias para proporcionar a comunicação foram utilizadas como uso de mensagens de áudio, cartas, mensagens e e-mails. Para os participantes da pesquisa, o uso destas estratégias proporcionou a expressão de emoções e troca afetiva entre o paciente entubado e seus familiares. Da mesma forma, quando um paciente estava para ser entubado havia uma chamada de vídeo para que a família pudesse se “despedir” ou ouvir a voz do familiar antes do procedimento. Como relatado pelo participante E.

Já vi casos de estar passando né, aí como a gente estava paramentado e eu escrevia no capote meu nome e aí minha função no capote então já aconteceu de eu estar passando e um enfermeiro pedir minha ajuda pra realizar uma chamada de vídeo pois o paciente ia ser intubado, para falar com a família, então se não fosse essa tecnologia as pessoas psicologicamente estariam muito mais adoecidas do que elas estão, foi de água ao vinho com essas videochamadas, foi super importante. (E., 43 anos, psicólogo)

Foi observado durante a pesquisa, que as recomendações feitas pela Fiocruz (2020) foram realizadas e trabalhadas pelos participantes da pesquisa, identificando o respaldo técnico e científico para a atuação destes profissionais desde o início da pandemia.

Já na terceira onda, o relato dos participantes foi de que a maioria dos internados e dos pacientes que foram a óbito não haviam se vacinado, tornando o trabalho da equipe de saúde mais difícil pela negação dos fatos e da gravidade que estes pacientes apresentavam. A rotina de trabalho, comparada as outras ondas, foi bastante diferente, principalmente pela diminuição da demanda devido à adesão da vacinação por grande parte da população e consequente menor risco de necessidade de internação após a imunização. Assim, observou-se que nesse momento houve menos internações, intubações e mortes no ambiente hospitalar comparada às duas primeiras ondas. Devido à coleta de dados ter sido encerrada no início de dezembro de 2021, menos dados foram obtidos em relação a este momento.

#### **4.3. *Vivência da morte dentro do hospital***

De modo geral, observou-se que, entre os participantes da pesquisa, houve uma mudança significativa em relação à vivência da morte nos hospitais a partir da pandemia da COVID-19. Para Kovács (2014) e Oliveira (2002), as mortes no ambiente hospitalar são solitárias, isoladas e silenciosas, compreensão esta compartilhada pelos participantes, mas que foi reforçada diante dos óbitos no período pandêmico. Para os participantes as mortes nos

hospitais dependem do paciente, do seu prognóstico, das suas expectativas, personalidade e contexto, existindo diversos andamentos e procedimentos até a concretização do óbito.

Os participantes da pesquisa, de modo geral, já estavam familiarizados com as demandas relacionadas à finitude da vida de pacientes em contexto hospitalar. Entretanto, de acordo com eles, antes da pandemia, os óbitos ocorriam no hospital em menor quantidade e eram mais fáceis de manejar, principalmente porque os pacientes internados em UTIs já estavam em processo de evolução do adoecimento e proximidade da morte há mais tempo, e os envolvidos tinham consciência da situação. De modo geral, já existia uma rotina de trabalho semanal planejada a partir dos prováveis óbitos, com organização para o pós óbito, atuação e preparação da equipe para óbito, bem como dos familiares, que participavam do processo com visitas ao hospital, conversas com a equipe médica, atendimento psicológico, entre outras dinâmicas a partir da organização de cada instituição.

Foi identificado que, para alguns participantes da pesquisa, ainda é comum que se trabalhe com a perspectiva de cura a qualquer custo, ocorrendo em alguns casos até a distanásia.

As questões de morte assim eu vejo que a equipe a gente ainda vem de um processo de mudança de paradigma, então assim eu sinto muito ainda é o curar a qualquer custo e muitas vezes se faz distanásia, então que é o que eu vejo uma dificuldade de lidar com a morte, vamos fazer tudo. Nessa perspectiva que a formação muitas vezes principalmente nas gerações anteriores da medicina era muito voltado. (G., 39 anos, psicóloga)

Para eles, a morte no contexto hospitalar também é um tema delicado para a própria equipe médica, pois nenhum profissional deseja perder o paciente, não tendo sido preparados em sua formação para lidar com a finitude da vida de seus pacientes ou até mesmo a deles. Como consequência, procuram prolongar a vida do paciente a todo custo em detrimento de

seu bem-estar. Os exemplos que os participantes trouxeram estão de acordo com o que Combinato e Queiroz (2006) afirmam sobre a necessidade de se vencer a morte a qualquer custo na modernidade.

Duas participantes mais novas e recentemente formadas, C. e K., informaram que, inicialmente, essa convivência com a morte dentro do hospital é difícil, pois coloca o profissional de frente com a sua finitude, podendo dificultar algumas tarefas relacionadas ao seu trabalho. Dessa forma é de se esperar uma dificuldade de adaptação do profissional dado que a rotina de trabalho dentro de uma UTI hospitalar é diferente de outros lugares, vivenciando diariamente mortes que podem trazer reflexões sobre a própria finitude. Apenas com o tempo dentro da prática o psicólogo hospitalar vai conseguir aperfeiçoar suas capacidades de atendimento e entender como os óbitos transcorrem nesses espaços.

É algo assim... no início é muito difícil, eu acho que foi necessário muita supervisão e muita terapia para poder lidar com isso pois faz a gente entrar em contato com a nossa finitude, então é algo que a gente tá quase ali diariamente lembrando que vamos morrer, então é algo que assim não é fácil e muitas vezes precisamos realmente a... naturalizar um pouco de que é algo que vamos ver muito (C., 29 anos, psicóloga)

As participantes A. e G., que possuem maior experiência na área hospitalar e que são formadas há mais tempo, relataram que conseguem vivenciar a rotina de trabalho tendo conhecimento sobre sua finitude, mesmo que em alguns casos essas perdas as afetem significativamente. Afirmam possuir estratégias de comunicação com a família e que as questões de óbito são trabalhadas e discutidas sistematicamente com a equipe médica, isto alinhado às experiências profissionais relacionadas à morte e finitude colaboraram para que tenham uma compreensão mais natural da morte no contexto hospitalar, assim como de suas próprias mortes. Foi identificado por elas que, com a experiência profissional temporal e a partir dos diversos casos que são vivenciados dentro dessas instituições, há o alinhamento

emocional e profissional do psicólogo, tornando o trabalho com pessoas em finitude da vida mais profissional.

As participantes demonstraram maturidade para lidar com a morte e a finitude da vida dentro do ambiente de trabalho, mas deixaram claro que, mesmo compreendendo o processo e sabendo que um dia morrerão, existem casos que as mobilizam mais. Ambas afirmaram que apesar de trabalharem com a pacientes que vão a óbito, existe preocupação, carinho e afeto com estes pacientes e que, mesmo sabendo que o prognóstico não é favorável, sentem tristeza, angústias e luto.

Olha eu acho que são fases diferentes, são coisas diferentes, depende muito assim, eu penso que assim o óbito vai muito da patologia, da personalidade, do contexto de tudo que tá ali, por exemplo uma pessoa que tá com câncer já avançado que já passou por todo processo muitas vezes ela chega no final muito mais consciente [...] então essas mortes que são mais abruptas que acontecem assim que a pessoa entrou no hospital e foi entubada igual na pandemia, a pessoa geralmente está muito desesperada, ela não entende muito bem o que tá acontecendo[...]. Agora para os profissionais algumas coisas pegam mais, pacientes jovens é mais difícil né, pacientes que estão numa condição melhor e de repente agravam, que pegam de surpresa a equipe às vezes a pessoa não tá esperando aquilo, a pessoa tá preparando pra alta e de repente cai de uma vez, aí eu acho que esse tipo de coisa vai desestabilizando mais a equipe. (A., 48 anos, psicóloga).

Já no contexto da pandemia, foram identificadas diversas mudanças na vivência da morte, sendo a principal relacionada ao despreparo dos profissionais para enfrentar o alto número de óbitos diários, principalmente na primeira em que houve mais óbitos e as restrições ao hospital eram mais rígidas. De acordo com os participantes, os pacientes que antes demoravam semanas ou meses para irem a óbito acabavam falecendo em poucos dias.

Existiam casos em que a família toda estava internada com COVID, ocorrendo diversos óbitos na mesma família. Os participantes relataram que, diante de tantos casos acontecendo ao mesmo tempo, a equipe ficava sobrecarregada.

Dessa forma, para eles, a comunicação de óbito também mudou por conta desses cenários, principalmente quando muitos membros da família estavam internados. Nestes casos, a equipe se deslocava até o familiar para que houvesse a notícia sobre o óbito, prestando suporte e atendimento. Outras formas de comunicação que foram bastante utilizadas foram as videochamadas e telefonemas, opções utilizadas em decorrência das restrições sanitárias. A família, por um período importante da pandemia, foi restrita do ambiente hospitalar, tendo acesso a apenas boletins médicos, videochamadas e informações que o hospital passava sobre o paciente. Desta forma, a família deixou de estar presente no processo de tratamento e morte do paciente, não vivenciando as melhoras ou pioras do familiar, o que, para os participantes, dificulta os processos de luto.

A morte por COVID se diferenciou de modo significativo daqueles pacientes que vão a óbitos em decorrência do câncer ou de doenças degenerativas, pois estes pacientes realizaram exames, foram diagnosticados e informados sobre a condição, havendo um processo mais prolongado até o óbito de fato. Diferentemente dos pacientes com COVID-19 pois, diante da sua rápida propagação e evolução, pacientes chegavam no hospital para serem internadas, sem saberem como ocorreria a evolução da doença e se viriam a óbito ou não em decorrência dela. Diante deste cenário rápido e abrupto, não houve tempo para a preparação e elaboração de possível óbito. Os participantes relataram que, diferente de doenças em que havia a certeza de que o paciente iria falecer e não tinham esperança de melhora, com a COVID-19 as expectativas eram constantemente quebradas, pois poderia haver piora dos pacientes internados e melhora daqueles em estado grave.

Modificaram, modificaram ... assim também foram várias fases da pandemia, teve uma fase bem grave, bem difícil, teve uma fase, a gente também tem que analisar cada contexto de cada uma porque é bem diferente. Teve uma fase assim mais tranquila e tem uma fase de agora né, então eu acho que iniciou com muito medo as pessoas [...] então eu acho que ali era do jeito que dava. Era do jeito que dava do jeito que a equipe conseguia, e os óbitos eles aconteciam e as equipes iam tentando descobrir porque, e tentando descobrir o que tinha acontecido e como fazer melhor pra evitar, e o grande diferencial desses óbitos pros outros antes da pandemia e que as pessoas tavam só, né tinha essa questão do isolamento, as famílias não sabiam, como que tava esse paciente porque não tinha visita, então de vez enquanto a gente fazia uma videochamada, quando o paciente ficava mais tempo internado, quando era aqueles óbitos muito rápidos a pessoa só entrava no hospital entubado, morria e aí a família ficava “nossa mas eu deixei ele aqui caminhando o que aconteceu ali dentro. (A., 48 anos, psicóloga)

Para os psicólogos entrevistados, a partir do aumento significativo dos óbitos hospitalares dentro das UTIs e das condições em que ocorriam, o contexto de pandemia acarretou diversos problemas de saúde, como estresse, burnout e desgaste emocional. Além disso, o agravo na saúde física e mental dos profissionais de saúde também foi associado à angústia de não saber como tratar os pacientes infectados e à ausência de compreensão sobre o funcionamento do vírus.

Óbito antes o que mudou antes eu atendia 1 óbito por semana, mais ou menos uma média as vezes nem isso né e no covid era 5 por dia sabe, e são atendimentos que demandam muito da gente em termos emocionais, né então era exaustivo né, então era muito exaustivo, então assim ano passado eu tive outras questões pessoais mas foi pra mim um ano de adoecimento, eu fiquei hipertensa, eu acho que juntou um volume de

trabalho também era muito grande né até mesmo porque assim nem todos os colegas se sentiam confortáveis pra atender covid, e eu atendia além da uti eu acabava tendo que atender também. (G., 39 anos, psicóloga)

#### **4.4. *Desafios e mudanças para a psicologia hospitalar***

A psicologia hospitalar, por ser uma área de trabalho recentemente nova no Brasil, ainda enfrenta dificuldades que se refletem no dia a dia do profissional. Uma delas seria a baixa contratação de hospitais privados que, muitas vezes, por possuírem psiquiatras na instituição, consideram não ser válido o investimento em contratação de psicólogos. Isto reflete a não compreensão da importância do serviço que o psicólogo hospitalar oferece para o paciente e seu familiar, assim como para a própria equipe médica também. Além disto, diante da hierarquia médica dentro dessas instituições, algumas intervenções e abordagens que os psicólogos propõem não são consideradas ou não recebem o valor adequado. Para os participantes A., C., G. e K, dentro do ambiente hospitalar, ainda existe a noção do papel do psicólogo como aquele que apenas "conversa" com o paciente ou com as pessoas da equipe, não havendo compreensão das diversas formas de atuação destes profissionais nestes espaços hospitalares.

Outra dificuldade relatada pelos psicólogos entrevistados foi a de cuidar e orientar pacientes por conta da negação da gravidade da pandemia e de informações falsas recebidas e relatadas na internação. A participante C. se referiu a esses pacientes como negacionistas e relatou que dentro dos hospitais particulares foi observado em diversos pacientes um comportamento negacionista, onde eles negavam ter sido infectados, pediam remédios não eficazes contra a Covid-19 e repetiam informações falsas sobre a pandemia até realmente perceberem a gravidade do quadro que se encontravam.

No hospital particular assim no início a gente viu muito comportamento negacionista então né tiveram muitas pessoas pedindo pra tomar cloroquina, ivermectina ainda

tinha que lidar muito com isso da equipe ficar ainda com uma reação de raiva com os pacientes por eles estarem negando tanto a situação, aí era um processo pois ao longo da internação eles começaram a perceber a gravidade da doença, “poxa eu posso morrer”. Vi muita gente passando dessa transição da negação para realmente cair na realidade que a doença era séria e que o vírus podia matar, então assim né foi bem difícil de lidar com isso (C., 29 anos psicóloga)

Durante o período pandêmico, houve propagação de informações falsas a respeito da pandemia, do vírus e da vacinação, resultando em crenças disfuncionais, como a de que o vírus não existia ou que medicamentos comprovadamente ineficazes curariam os pacientes com COVID-19. Os psicólogos entrevistados relataram que, nesses casos, a condução do tratamento era mais difícil e cansativa, pois estes pacientes se recusavam a usar máscara, seguir as recomendações médicas e acreditavam que não estavam doentes.

Para os entrevistados, foi desgastante e frustrante trabalhar com esses pacientes, pois tiveram que lidar com o discurso negacionista de muitos enquanto diariamente vivenciavam diversas perdas. Para eles, enquanto alguns demonstravam incômodo com certas afirmações de governantes e influenciadores a respeito da negação da pandemia, eles vivenciavam, na linha de frente, a turbulência que a pandemia causou no sistema de saúde. Os participantes informaram que, depois do início e avanço da vacinação, o número de internações diminuiu drasticamente e os internados, em sua maioria, eram aqueles que optaram pela não vacinação e que mantinham o discurso de não existência da pandemia.

No hospital particular assim no início a gente viu muito comportamento negacionista então né tiveram muitas pessoas pedindo pra tomar cloroquina, ivermectina ainda tinha que lidar muito com isso da equipe ficar ainda com uma reação de raiva com os pacientes por eles estarem negando tanto a situação, assim né muitas pessoas no início eu vi esse comportamento mais negacionista e aí era um processo pois ao longo da

internação eles começaram a perceber a gravidade da doença, poxa eu posso morrer.

Vi muita gente passando dessa transição da negação pra realmente cair na realidade que a doença era séria e que o vírus podia matar (C., 29 anos, psicóloga)

Por outro lado, a partir do contexto da pandemia da COVID-19, os entrevistados revelaram a percepção de que a psicologia como um todo foi bastante valorizada, principalmente pela alta demanda relacionada à saúde mental, isolamento social, aumento de casos de depressão e estresse. Para eles, a psicologia foi colocada no centro das discussões e as instituições viram a necessidade de incluir os psicólogos na linha de frente da atuação contra a COVID-19. Apesar da dificuldade de compreensão do seu papel, principalmente por parte da equipe médica, após observarem o trabalho do psicólogo hospitalar e compreenderem sua atuação, a equipe passou a valorizar e a sinalizar a necessidade desse trabalho nessas instituições. Para eles, a pandemia colaborou para a compreensão do valor da psicologia dentro desse espaço hospitalar e dos benefícios de se ter um psicólogo dentro da equipe de saúde, o que pode ser observado no seguinte relato:

Então eu realmente vejo um crescimento depois, mesmo dessa pandemia, depois que as coisas realmente melhoraram, pois as equipes estão solicitando muito, pois elas perceberam como nós somos importantes. Então acho que a tendência é daqui pra frente nós sermos mais valorizados nesse sentido de termos mais profissionais atuando, porque nos precisamos nos hospitais pois todos nós estamos sobrecarregados (C., 29 anos, psicóloga)

## **5. Considerações Finais**

A partir dos dados coletados através de entrevista semiestruturada com cinco psicólogos hospitalares que atuaram na linha de frente no combate à COVID-19, observa-se que a pandemia resultou em importantes mudanças no contexto hospitalar, como na vivência

e no processo de morte e do morrer, tanto para psicólogos hospitalares quanto para toda equipe. A vivência da morte foi modificada principalmente em decorrência das restrições sanitárias que impediram as visitas familiares e do alto volume de pacientes infectados e que morreram em decorrência da COVID-19. De modo geral, considera-se que, a partir da perspectiva dos entrevistados, diante deste contexto, não houve tempo suficiente para processamento das perdas ou para atribuição de significado a elas.

Também se observou que, como consequência do alto volume de casos atendidos, das mudanças abruptas na rotina de trabalho e consequente necessidade de adaptações, e do aumento de óbitos diários, os psicólogos apresentaram um aumento de sofrimento psíquico e físico, como cansaço, estresse e medo cotidiano relacionado ao risco da própria infecção e risco de transmissão a familiares e conhecidos. Tendo sido o objetivo geral da pesquisa de compreender como psicólogos hospitalares vivenciaram a morte no contexto hospitalar em decorrência da pandemia da COVID-19, constata-se que os resultados obtidos respondem ao objetivo central do trabalho e extrapolam o tema proposto.

Considera-se que os objetivos específicos desta pesquisa também foram concluídos, tendo sido eles: a) conhecer os processos de óbito e luto no contexto histórico atual; b) Conhecer os significados atribuídos à vivência da morte no contexto de pandemia; e c) Investigar como estes profissionais estão lidando com situações de terminalidade e os impactos desta nova realidade na equipe de saúde.

A partir dos eixos previamente estabelecidos foi observado, de uma forma geral, importante mudança no processo de morte e luto “tradicional” no período pandêmico. Entre as principais diferenças estão os processos de despedida e ritos de passagem, uma vez que, por conta das restrições da pandemia, a maioria dos familiares não conseguiu se despedir dos seus entes queridos, pois os infectados deveriam ficar em alas separadas ou em UTIs COVID, em isolamento, para evitar novas contaminações, dificultando os processos de despedida

desses familiares nos casos de óbito. Além disso, a vivência da morte no contexto atual se tornou muito mais cotidiana e rotineira dentro do hospital, aumentando de modo significativo os óbitos diários e, conseqüentemente, a convivência do profissional de saúde, como o psicólogo, com a morte de seus pacientes.

De modo geral, observa-se que os significados das mortes vivenciadas pelos profissionais durante a pandemia também foram dinâmicos e sofreram influências do período e do público atingido. No começo da pandemia, por exemplo, houve tristeza, angústia e insegurança relacionadas à alta quantidade de óbitos, que acometeram principalmente pessoas idosas, e ao despreparo para o enfrentamento da pandemia. Posteriormente, com as mutações do vírus, houve aumento significativo de contaminação entre pessoas mais jovens, tornando ainda mais desafiadora a experiência da morte pelos profissionais. Foi possível constatar que a alta quantidade de óbitos e intensidade de trabalho resultaram em dificuldade e falta de tempo para elaboração, expressão e ressignificação de tantas perdas e da própria pandemia para estes profissionais.

Outra mudança ocorrida diante deste cenário na atuação do psicólogo se deu porque, a partir do afastamento físico do paciente com a família, diversos hospitais buscaram inovar e estabelecer novas estratégias de comunicação, como através do uso de equipamentos digitais para realizar chamadas virtuais com objetivo de aproximar a família do paciente internado. Deste modo, foi necessário que o profissional se adaptasse às novas formas de comunicação, reinventando seu atendimento tradicionalmente presencial para atender às novas demandas, buscando manter o importante vínculo entre paciente e familiares e conseqüente percepção de suporte social.

Sobre o impacto da pandemia na área de atuação da Psicologia Hospitalar como um todo, foi observado através da fala dos participantes que, antes da pandemia se agravar, os psicólogos não estavam incluídos como profissionais da linha de frente para atuação no

combate à COVID-19. Entretanto, com a intensificação dos quantidade e do agravamento da pandemia, demandas emocionais e adoecimento psíquico causados pelo isolamento social também se intensificaram, o que levou à necessidade de se incluir este profissional na atuação direta contra a doença durante a pandemia. Considera-se, portanto que, diante deste contexto extremo, do conhecimento científico e arcabouço teórico que a psicologia no contexto hospitalar possui e de suas possibilidades de atuação e promoção de cuidado, houve, pelo menos neste momento, impulsionamento e valorização da atuação de psicólogos hospitalares, reforçando seu espaço como membro fundamental de uma equipe de saúde.

Conclui-se que esta pesquisa cumpriu com seus objetivos, mas observa-se a necessidade de ampliação de estudos sobre o tema central e seus adjacentes, como saúde mental de profissionais de saúde, mudanças nas relações de trabalho, uso de tecnologias no contexto de saúde e mudanças em ritos de passagem, a partir de metodologias diversas. Ressalta-se a importância de pesquisas sobre saúde mental e qualidade de vida no trabalho com psicólogos hospitalares e outros profissionais de saúde, com foco no momento atual em que se vive um maior controle da pandemia, com menor quantidade de casos, mudança de perfil dos pacientes, maior conhecimento sobre a dinâmica do adoecimento e estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes.

### **Referências**

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: ciência e profissão*, 26, 222-245.
- De Assis, F. E. (2020). A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento*, 37(98), 501-512.
- Bao, Y., & Sun, Y. Meng Sh., Shi J., Lu L.(2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), 30309-3.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. In *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Combinato, D. S., & de Souza Queiroz, M. (2011). Um estudo sobre a morte: Uma análise a partir do método explicativo de vigotski. *Ciencia e Saude Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000025>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: Uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2006000200010>
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. da S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>
- Esakandari, H., Nabi-Afjadi, M., Fakkari-Afjadi, J., Farahmandian, N., Miresmaeili, S. M., & Bahreini, E. (2020). A comprehensive review of COVID-19 characteristics. In *Biological Procedures Online*. <https://doi.org/10.1186/s12575-020-00128-2>
- Alencar Fontes, W. H., de Assis, P. C. P., dos Santos, E. P., Maranhão, T. L. G., Júnior, J. L., & Gadelha, M. D. S. V. (2020). Perdas, Mortes e Luto Durante a Pandemia de Covid-19: Uma Revisão da Literatura/Losses, Deaths and Grief During the Covid-19

- Pandemic: A Literature Review. *ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA*, 14(51), 303-317. Uma Revisão da Literatura / Losses, Deaths and Grief During the Covid-19 Pandemic: A Literature Review. ID on Line REVISTA DE PSICOLOGIA.  
<https://doi.org/10.14295/idonline.v14i51.2557>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações às/aos psicólogas/os hospitalares Rio de Janeiro: Autor . Recuperado de [https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha\\_psicologos\\_hospitalares.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_psicologos_hospitalares.pdf)
- Grincenkov, F. R. (2020). A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. *HU Revista*.  
<https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30050>
- Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. In *Data in Brief*.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia (Ribeirão Preto). <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2008000300004>
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*.  
<https://doi.org/10.1590/s1983-80422014000100011>
- Kovács, M. J., Vaiciunas, N., & Alves, E. G. R. (2014). Profissionais do Serviço Funerário e a Questão da Morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*. <https://doi.org/10.1590/1982-370001272013>
- Lima, M. J. V., Gonçalves, E. F. L. M., Vasconcelos, A. B. L. P., de Abreu, A. R. S., & Mendonça, S. M. (2020). A esperança venceu o medo: psicologia hospitalar na crise do COVID-19.: hope overcome fear: hospital psychology in the COVID-19 crisis. *Cadernos ESP*, 14(1), 100-108.

- Lisbôa, M. L., & Crepaldi, M. A. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2003000200009>
- Minayo, M. C. D. S. (2020). Pesquisa social qualitativa para compreensão da Covid-19. *Enfermagem Em Foco*, 11(3). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n3.4437>
- Minayo, M. C. de S. (2002). Pesquisa Social : teoria, método e criatividade. In Editora Vozes (p. 80). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Oliveira, E. C. do N. (2002). O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932002000200005>
- Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), 151-162.
- Radbruch, L., Knaul, F. M., de Lima, L., de Joncheere, C., & Bhadelia, A. (2020). The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30964-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30964-8)
- Rampasi, D. L., Julia, A., & Lange, K. (2021). Os impactos da pandemia da da covid.19 na tríade da psicologia hospitalar. *Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional*. [https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/ecci\\_2021/13-10-2021--11-55-03.pdf](https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/ecci_2021/13-10-2021--11-55-03.pdf)
- Sales, M. E. D., Gomes, S. A. N., & NOVAES, N. M. F. (2022). Repercussões na saúde mental de psicólogos hospitalares durante a pandemia Covid-19.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Mental health and psychological interventions during the new coronavirus pandemic (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.

Selman, L. E. et al. Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians.: Recommendations for hospital clinicians. *Journal Of Pain And Symptom Management*, maio 2020. Elsevier BV.

Stake, R. E. (2011). Pesquisa qualitativa: como as coisas funcionam. *Pesquisa Qualitativa*.

Silva, Lara Adrienne Garcia Paiano da, & Mercês, Nen Nalú Alves das. (2018). Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (3), 1194-1197. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0066>

Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z., & Zhang, B. (2020). Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00306>

World Health Organization Coronavirus (6 de maio 2021) Disease (COVID-19) advice for the public. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

World Health Organization (30 de março 2018) Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yin, R.K. (1994). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman

## **Anexos**

### **Anexo A**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

#### **“Vivência da morte no contexto hospitalar por psicólogos durante a pandemia da COVID-19”**

**Instituição dos pesquisadores: UniCEUB**

**Pesquisador Responsável: Janaina de Fatima Vidotti**

**Pesquisadora assistente: Arthur Piemonte Tufenkian**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

#### **Natureza e objetivos do estudo**

- O objetivo deste estudo é compreender a dinâmica do Psicólogo hospitalar durante a pandemia da COVID-19 e sua vivência da morte diante desta nova realidade.
- Você está sendo convidado a participar deste trabalho por ser um Psicólogo que atua no hospital e trabalhou no mínimo 6 meses na linha de frente contra a COVID- 19.
- O presente trabalho se refere a um Projeto de Iniciação Científica na área da Psicologia.

### **Procedimentos do estudo**

- Sua participação consiste em permanecer durante um período de aproximadamente 1h30 em uma entrevista semiestruturada com o pesquisador responsável.
- Todas as suas falas nesse estudo serão observadas e gravadas pelos pesquisadores. A gravação se dará pelo próprio computador. Após a entrevista suas respostas serão analisadas e transcritas.
- A pesquisa será realizada no formato remoto, em decorrência da pandemia da COVID-19, em local de conforto e que garanta sigilo e privacidade, mantendo tanto o participante quanto o pesquisador em segurança.

### **Riscos e benefícios**

- Este estudo não apresenta nenhum tipo de risco físico. Quanto ao risco psicológico, há a possibilidade de desconforto diante da temática morte em situação de pandemia.
- Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre os processos psicológicos relacionados a morte, luto, enfrentamento de pandemias e atuação do psicólogo no ambiente hospitalar.
- Tendo em vista a pandemia da COVID-19, os pesquisadores tomarão medidas preventivas para minimizar qualquer risco de contágio.

### **Participação, recusa e direito de se retirar do estudo**

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

### **Confidencialidade**

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores, de modo que não será permitido o acesso a outras pessoas.

- A gravação do experimento e o material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade dos pesquisadores com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade.

- O material da pesquisa será armazenado pelo período de cinco anos. Caso queira informações acerca de sua participação no estudo, entre em contato pelo e-mail: [arthur.piemonte@sempreceub.com](mailto:arthur.piemonte@sempreceub.com), ou pelo WhatsApp (61) 995513799.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com a sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail [cep.uniceub@uniceub.br](mailto:cep.uniceub@uniceub.br). Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será

arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

---

Participante

---

Email do participante

---

Pesquisador assistente: Arthur Piemonte Tufenkjian

---

Pesquisadora responsável: Janaina de Fatima Vidotti

## **Anexo B**

### **Roteiro de entrevista semiestruturado**

1) Durante a sua graduação acadêmica em Psicologia você teve ensinamentos, aulas, cursos de como o psicólogo hospitalar deve atuar com pacientes em finitude da vida?

2) Como era sua rotina no hospital antes da pandemia e como a pandemia afetou seu cotidiano?

3) Diante as duas últimas perguntas, você chegou a ter alguma instrução de como o psicólogo hospitalar deve proceder em um momento de calamidade pública ou foi algo aprendido na prática?

4) Como se dá a vivência da morte dentro dos hospitais e como funciona esse constante contato com pacientes em finitude da vida?

5) Os óbitos por conta do COVID-19 modificaram os processos de terminalidade e luto no contexto hospitalar atual?

6) Como está sendo trabalhar há 1 ano em uma pandemia, vivenciado cotidianamente a morte de diversos pacientes?

7) Desde que a pandemia da COVID-19 começou qual tem sido o maior desafio para os psicólogos hospitalares e como está sendo o desempenho da equipe de saúde diante dessa crise sanitária?