



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**AMANDA CECÍLIA CORREIA SILVA
ISABELA FERREIRA VALADARES**

O(A) PSICÓLOGO(A) HOSPITALAR E A MORTE: UMA PRÁXIS NA PANDEMIA

Miracema do Tocantins, TO

2022

Amanda Cecília Correia Silva
Isabela Ferreira Valadares

A atuação do(a) psicólogo(a) diante da morte no hospital: uma práxis na pandemia

Monografia apresentada à UFT Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da professora Dra. Jamile Luz Morais Monteiro.

Miracema do Tocantins, TO

2022

AMANDA CECÍLIA CORREIA SILVA
ISABELA FERREIRA VALADARES

A ATUAÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A) DIANTE DA MORTE NO HOSPITAL: UMA
PRÁXIS NA PANDEMIA

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, foi avaliada para obtenção do título de Psicólogo e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 05/12//2022

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) Jamile Luz Morais Monteiro, Orientador(a), UFT.

Me. Núbia de Fátima Cavalcante Alencar, Examinador(a), HGP.

Me. Adams Rodrigues Malta, Examinador(a)

AGRADECIMENTOS

(Amanda Cecília)

Agradeço primeiramente a Deus por estar sempre presente em minha vida e por permitir que essa conquista fosse possível, sendo segurança e conforto nos dias em que eu acreditava ter alcançado o meu limite.

Agradeço aos meus pais, Roselene e Valmir, por fazerem dos meus sonhos os deles, não medindo esforços para que eu concluísse essa graduação e me fazendo acreditar que era possível mesmo nos momentos de maior insegurança.

Agradeço aos meus irmãos, Fernanda e Valmir Júnior, pelo amor, pela confiança, pela união, pelos incentivos e por toda a ajuda, sem dúvidas essa vitória é de toda nossa família que sempre se fez apoio uns aos outros.

Agradeço aos meus amigos de Goiás, Pedro, Mateus, Gabriel, Milena, Juliana, Mariana e Mylenna, por se fazerem presentes mesmo com toda a distância ao longo desses quase 6 anos, vocês desempenharam um papel significativo no meu crescimento, obrigada por todas as palavras de encorajamento e forças.

Agradeço aos amigos que tive o prazer de conhecer no Tocantins, Lucas, Elisa, Larissa, Jéssica, Estéfane, Wysney, Heitor e Amanda Christina, por estarem ao meu lado no decorrer do curso, compartilhando de todos os prazeres e desprazeres do ser universitário. Vocês foram e serão para sempre a minha rede de apoio, cada momento que podemos passar juntos fazem parte das minhas boas lembranças.

Agradeço em especial a Isabela, com quem escrevo esse trabalho e com quem tive a oportunidade de dividir grande parte do meu trajeto acadêmico de modo tão próximo, obrigada porque apesar das pedras no caminho e do processo árduo e cansativo, você se fez companhia tornando a caminhada mais tranquila e agradável.

Agradeço à professora Jamile Luz, que foi a responsável por nos aproximar da temática escolhida para esse trabalho e por toda confiança, paciência e ensinamentos. Sem dúvidas, todo o processo de produção dessa pesquisa foi mais leve por ter tido você como orientadora. Agradeço também todo corpo docente do curso de Psicologia da UFT, que contribuíram de forma significativa para essa formação, todo o meu carinho e admiração aos professores que fizeram parte desse percurso.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse possível, com certeza essa é uma conquista conjunta.

AGRADECIMENTOS

(Isabela)

A Deus que é em quem coloco minha fé, pela vida e por ter me dado todo o necessário para viver e ter me guiado até aqui. A minha mãe Izaulina, pelo amor, apoio e incentivo, por estar comigo todos os dias e por não poupar esforços para que eu pudesse ter uma educação de qualidade, por ser essencial na minha vida, sem a senhora nada disso seria possível. A meu pai Herculano e meu irmão Marcos pelo companheirismo e por me ajudarem no necessário e me mostrarem o que é essencial para viver.

Aos meus queridos(as) amigos(as) Amanda Christina, Elisa, Estefhane, Gabriel, Jessica, Larissa, Lucas e Wysney por se fazerem presentes e tornarem a graduação um momento prazeroso, por serem meu suporte durante esses anos e me acolherem nos piores e melhores momentos.

A minha orientadora Jamile, pelo empenho dedicado à construção desse trabalho, e pela disponibilidade de compartilhar todo o seu vasto conhecimento durante toda a graduação. E a todos os professores, por todo aprendizado proporcionado durante esses anos.

Por fim agradeço à minha amiga Amanda Cecília que é também minha parceira na construção deste trabalho, por sempre estar ao meu lado, pela paciência e compreensão, por me fazer acreditar em mim mesma e me apoiar sempre que preciso, sua amizade e companhia foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

A morte é algo que nos defronta com a nossa vulnerabilidade humana, com nossos sentimentos em relação às perdas e aos nossos recursos para lidar com elas. Considerando a morte como algo pertencente a nossa realidade, e a maneira com que ela é inserida nos hospitais, faz-se necessário pensar nas possíveis formas de acolhimento nessas situações. A pandemia da COVID-19 demandou uma adaptação às rotinas de cuidado, fazendo surgir um novo cenário com muitas restrições. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo geral compreender os significados atribuídos pelo(a) psicólogo(a) hospitalar referente à sua atuação diante da morte no contexto da pandemia da covid-19. A pesquisa teve caráter qualitativo e exploratório, sendo utilizado como método a pesquisa de campo e um roteiro de entrevista semi-estruturado como instrumento. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados compareceram a partir de cinco categorias de análise relacionadas aos significados referentes à atuação e as práticas diante da morte e do morrer desenvolvidas durante o período pandêmico, ressaltando seu atravessamento na vida dos(as) profissionais. Concluiu-se que a atuação do(a) psicólogo(a) não mudou em sua estrutura, mas que foram acrescentadas à ela alguns dispositivos clínicos que podem auxiliar na elaboração do luto em situações de isolamento social. Além disso, observa-se que os significados de sua atuação na pandemia, especialmente quando se trata da morte, passam por ter que lidar com o inesperado e a imprevisibilidade, com a sabedoria para se trabalhar em equipe e, por fim, sustentar o acolhimento na terminalidade e morte.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Pandemia. Morte.

ABSTRACT

Death is something that confronts us with our human vulnerability, with our feelings about losses and our resources to deal with them. Considering death as something belonging to our reality, and the way it is inserted in hospitals, it is necessary to think about the possible forms of reception in these situations. The COVID-19 pandemic required an adaptation to care routines, bringing a new scenario with many restrictions. In this sense, the present work had as general objective to understand the meanings attributed by (a) hospital psychologist (a) regarding his performance in the face of death in the context of the covid-19 pandemic. The research had a qualitative and exploratory character, being used as a method the field research and a script of semi-structured interview as an instrument. The data were treated by Bardin content analysis. The results came from five categories of analysis related to the meanings related to action and practices in the face of death and dying developed during the pandemic period, highlighting their crossing in the lives of (the) professionals. It was concluded that the performance of the (a) psychologist (a) did not change in its structure, but that some clinical devices were added to it that can help in the elaboration of mourning in situations of social isolation. In addition, it is observed that the meanings of their performance in the pandemic, especially when it comes to death, are to have to deal with the unexpected and unpredictability, with the wisdom to work as a team and, finally, sustain the reception in terminality and death.

Keywords: Hospital Psychology. Pandemia. Death.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Respostas à questão 1.....	22
Quadro 2 – Respostas à questão 2.....	24
Quadro 3 – Respostas à questão 3.....	26
Quadro 4 – Respostas à questão 4.....	29
Quadro 5 – Respostas à questão 5.....	33
Quadro 6 – Respostas à questão 6.....	34
Quadro 7 – Respostas à questão 7.....	35
Quadro 8 – Respostas à questão 8.....	37
Quadro 9 – Respostas à questão 9.....	39
Quadro 10 – Respostas à questão 10.....	41
Quadro 11 – Respostas à questão 11.....	42
Quadro 12 – Categorias Temáticas.....	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	A entrada da psicologia no hospital e suas atribuições.....	11
1.2	A morte ao longo do tempo	13
1.3	A pandemia e seus desdobramentos.....	15
2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
2.1	Método e procedimentos.....	18
2.2	Instrumento	18
2.3	Participantes.....	19
2.4	Procedimento de coleta de dados.....	19
2.5	Tratamento e análise dos dados.....	20
2.6	Aspectos éticos.....	21
3	RESULTADOS.....	22
4	DISCUSSÃO.....	44
4.1	O trabalhar com o (im)previsível: o medo e angústia.....	44
4.2	A emergência de novos dispositivos de acolhimento	46
4.3	Os desafios de uma prática na pandemia	50
4.4	Trabalhar com a adversidade: a morte é uma realidade e uma certeza	52
4.5	Aprender a dizer “não” e o “saber” lidar com o outro	55
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICES	65

1 INTRODUÇÃO

A reflexão acerca da atuação do(a) psicólogo(a) diante da morte no hospital é de extrema importância, visto que o despreparo frente a esse tipo de situação pode resultar em experiências mais dolorosas de luto. Considerando o contexto pandêmico no qual vivenciamos e pensando no enfrentamento das repercussões da covid-19, entende-se que a psicologia pode colaborar para o aprimoramento da pesquisa e da prática desse campo.

Ao longo dos anos, a forma de vivenciar a morte foi se alterando, ficando cada vez mais longe das casas e adentrando as instituições hospitalares. Isso fez com que, gradativamente, se falasse menos sobre o fim da vida, tornando mais difícil a experiência da perda de um ente querido. Desse modo, torna-se necessário um movimento de reaproximação dessa temática, no sentido de pensar a morte como algo inerente à condição humana, convocando-nos, portanto, a refletir sobre a nossa própria finitude.

Apesar da existência de muitas pesquisas a respeito da morte e do morrer, o tema ainda é muito negligenciado e a formação dos profissionais de saúde ainda é muito voltada para o paradigma da cura, reabilitação e restauração da saúde. Portanto, o contato com a morte pode gerar sentimentos de frustração, culpa e tristeza, evidenciando a importância de incluir nas grades curriculares dos cursos da saúde, disciplinas e extensões que abordem essa temática. O debate sobre a morte durante a formação de psicologia é de extrema importância considerando que o profissional, possivelmente, terá contato com situações de perdas e lutos durante sua atuação (KOVÁCS, 2010).

O modo como cada sujeito lida com o luto é muito singular, demandando estudos frequentes sobre as formas de acolhimento e intervenções, desde o apoio e a informação, até o suporte especializado, caso seja necessário. Espera-se que a pesquisa contribua para atrair a atenção para o tema, trazendo à tona a importância de se pensar na (re)criação de recursos para a vivência do luto, particularmente em situações como a pandemia provocada pelo vírus Covid-19.

Considerando que os atendimentos em contextos de terminalidade da vida são tarefas que pesam emocionalmente, é necessário um aprofundamento teórico e técnico, um aperfeiçoamento de habilidades comunicacionais, além de suporte psicossocial para a própria equipe. É preciso pensar até que ponto as emoções daqueles que ocupam o lugar de cuidador, se não forem reconhecidas e acompanhadas, poderão interferir na atuação profissional e no relacionamento com os demais, seja pacientes, familiares ou os profissionais que compõem a equipe.

Ademais, a tarefa de pensar sobre tal temática em uma perspectiva que leve em consideração a regionalidade em que atua esse(a) profissional se faz fundamental, levando em conta que as formas de vivenciar a morte e o luto podem se alterar conforme a cultura ou local em que é vivenciado, sendo atribuídos diferentes significados, associações e fantasias a determinados acontecimentos. A partir disso, torna-se possível a construção de dispositivos de cuidado que contribuam para o apoio do(a) profissional de psicologia nos diversos fatores que interpelam a sua vivência e trabalho.

Tendo em conta o contexto pandêmico e as recentes pesquisas realizadas, são essenciais contribuições que colaborem para pensar as novas formas de atuação da psicologia, de modo que o(a) profissional compreenda o seu real papel no campo da saúde, dado que tanto a equipe multiprofissional quanto os pacientes estão expostos a novos estressores, sendo necessário uma prevenção de implicações psicológicas negativas, bem como estratégias de autocuidado.

Dessa maneira, em função do considerável número de mortes por Covid e atentando ao fato que ainda estamos no combate a essa doença, é relevante tencionar pesquisas que pensem a atuação do psicólogo diante da morte no hospital, visto que durante uma pandemia o processo de luto sofre atravessamentos, com desdobramentos que potencializam o risco de agravar os sofrimentos psíquicos individuais e coletivos (FIOCRUZ, 2020).

Assim, a pesquisa almeja contribuir com o trabalho do psicólogo hospitalar e para comunidade em geral ao dar espaço para que esses profissionais expressem as suas vivências relacionadas ao luto e a morte, salientando os sabores e dissabores que permeiam o lidar diário do(a) psicólogo(a) hospitalar. Com isso, evidencia-se a necessidade de considerar as crenças pessoais e influências culturais que atravessam a concepção de morte de cada sujeito, de modo que todos os atores envolvidos, incluindo os(as) profissionais da psicologia, possam ser assistidos em seu momento de luto.

Isto posto, o trabalho em questão visou compreender os significados atribuídos pelo(a) psicólogo(a) hospitalar referente à sua atuação diante da morte no contexto da pandemia da covid-19. Para tanto, recorreremos como estratégia metodológica a pesquisa de campo, que é realizada por etapas, iniciando pela pesquisa bibliográfica. A seguir, apresentamos um breve histórico acerca da inserção do(a) psicólogo no hospital, a fim de refletir sobre sua atuação diante da morte.

1.1 A entrada da psicologia no hospital e suas atribuições

Nem sempre a psicologia fez parte da realidade hospitalar. Para tanto, faz-se necessário um breve apanhado histórico para melhor entendermos como seu deu esse movimento. Logo após a Segunda Guerra Mundial, que ocorreu entre os anos de 1939 e 1945, muitos militares apresentaram diversos distúrbios psíquicos, demandando intervenções psicológicas e possibilitando a entrada desses profissionais no contexto hospitalar (CASTRO & BORNHOLDT, 2004). Além disso, em 1948, funda-se a Organização Mundial de Saúde que, em seu documento de criação, traz o conceito de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades” (p.). Desse modo, entendendo a relação dos fatores psicológicos e físicos na determinação do estado de saúde ou doença, verifica-se a importância da inserção dos psicólogos nas equipes de saúde.

Apesar do movimento de inserção da psicologia nos hospitais terem iniciado logo após a Segunda Guerra Mundial, foi somente na década de 1970, nos Estados Unidos, que de acordo com Straub (2008) a *American Psychological Association* (APA) indicou uma força tarefa para explorar o papel da psicologia no campo da medicina comportamental, surgindo assim a área da Psicologia da Saúde, denominação encontrada internacionalmente. Cabe ressaltar que a denominação “Psicologia Hospitalar” é uma peculiaridade do Brasil, não sendo encontrada em nenhuma outra parte do mundo, onde vigora o termo não equivalente “Psicologia da Saúde” (CASTRO & BORNHOLDT, 2004)

Essa popularização do termo “Psicologia Hospitalar”, no Brasil, pode ser melhor entendida através da compreensão das políticas de saúde vigentes desde a década de 1940. De acordo com Sebastiani (2003), o modelo de saúde brasileiro é centrado na instituição hospitalar, deixando em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva. Embora tenha consolidado a denominação “Psicologia Hospitalar” para referir-se a área da Psicologia da saúde, não se trata do mesmo conceito, visto que a Psicologia da saúde refere-se a um termo mais abrangente, que apesar de incluir, vai além das práticas da psicologia no hospital.

Portanto, de acordo com a APA (2003), a Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença, e esse trabalho pode ser executado em diversos contextos, dentre eles os hospitais, os centros de saúde comunitários, as organizações não governamentais e nas próprias casas dos indivíduos (CASTRO & BORNHOLDT, 2004). A Psicologia Hospitalar, no entanto, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2019), estaria mais centrada no âmbito secundário,

como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e no âmbito terciário de atenção à saúde, como por exemplo os hospitais.

No Brasil, uma das pioneiras na área da Psicologia da Saúde foi Mathilde Neder, que em 1954 já realizava o acompanhamento psicológico para as crianças no período pré e pós-operatório de cirurgias na região cervical (AZEVEDO & CREPALDI, 2016). Aos poucos, a psicologia foi ocupando espaços dentro das instituições hospitalares, mostrando a importância de seus trabalhos nesse contexto, colaborando para o surgimento das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, por meio da Lei nº 11.129 de 2005, na qual foi incluída a Psicologia, ao lado de outras disciplinas como a fisioterapia, a fonoaudiologia, a odontologia, a biomedicina, farmácia, terapia ocupacional, serviço social, educação física, entre outras (BRASIL, 2005).

Muitos profissionais da área contribuíram para o avanço da Psicologia da Saúde no Brasil, mas esse movimento foi atravessado de muitas incertezas em relação às atribuições dos(as) mesmos(as). Com o passar do tempo e o crescimento da área, as práticas desses(as) profissionais foram ganhando consistência e a especialidade Psicologia Hospitalar foi reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (2000), por meio da Resolução nº 014/2000, na qual apresenta instruções para o(a) psicólogo(a) obter o registro.

Ao adentrar o ambiente hospitalar, o(a) psicólogo(a) será responsável por diversas demandas que podem surgir através dos(as) próprios(as) pacientes na realização da busca ativa, da equipe multiprofissional, a qual o(a) profissional também compõe dentro da instituição, ou ainda, por parte dos familiares ou acompanhantes. De acordo com Azevedo e Crepaldi (2016), é possível destacar que entre as principais funções do psicólogo hospitalar está a “preparação psicológica de pacientes para cirurgias; assistência aos familiares de pacientes hospitalizados; e acompanhamento psicológico de pacientes com doenças crônicas como o câncer, por exemplo, que serão submetidos aos procedimentos invasivos” (p. 2).

Contudo, as funções que compreendem a atuação do(a) psicólogo(a) no ambiente hospitalar vão além da preparação psicológica e acompanhamento. Para o Conselho Federal de Psicologia (2001), por meio da Resolução nº 02/2001, o(a) profissional de psicologia pode promover intervenções voltadas a relação médico/paciente, paciente/família, paciente/paciente e do paciente em relação ao processo de adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem nesse processo, procurando criar um espaço propício para o aparecimento da subjetividade desse(a) paciente. Também estará à disposição para proporcionar e desenvolver “atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a

procedimentos médicos, visando a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental” (p. 13).

1.2 A morte ao longo do tempo

Todos(as) os(as) profissionais da saúde que atuam dentro de instituições hospitalares estão, em algum nível, fadados a lidar com situações que envolvem dor e sofrimento, sendo a morte um dos elementos que sempre se apresenta nesse panorama. A morte como um tema interdito requer um debate constante, já que esta faz parte do cotidiano destes(as) profissionais. Muito ajudaria se as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer como parte intrínseca da vida, do mesmo modo como não temem falar quando alguém espera um bebê (KUBLER-ROSS, 1981, p. 146).

Faz-se necessário compreender como a morte é vista na nossa sociedade atual, visto que ao longo dos séculos não só as formas de lidar com a morte, mas também a função social do hospital vem se modificando. Ariès (1977), partindo da historiografia da morte, traz que as transformações no trato com a temática são fruto de um processo sócio-histórico que indica o lugar do homem atual diante das questões da morte e do morrer.

Durante muito tempo, desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX, a morte era tratada como algo muito natural, de modo que os doentes permaneciam em suas casas, sempre rodeados de familiares, para que juntos esperassem a hora da partida. Com o passar do tempo, a morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer, tornando-se vergonhosa e objeto de interdição (ARIÈS, 1977). Esse movimento permite a substituição do local onde as pessoas adoecem e morrem. O que até então ocorria nas casas, passa a acontecer nos hospitais.

Os grandes avanços científicos que contribuem para o aumento da expectativa de vida podem trazer uma sensação de que a morte pode ser adiada, ou até mesmo revertida. Pitta (2016), ao falar sobre a atitude atual dos homens diante da dor, do sofrimento e da morte, afirma que há uma negação em relação ao fim do percurso da vida, prolongando esta a não mais poder, através de todos os dispositivos disponíveis nos hospitais, afastando a morte do convívio social, reforçando o seu caráter de presença incômoda, como algo que deve ser ocultado e distanciado. Kóvacs (2010), ao salientar que o(a) profissional que se depara com a morte, afirma que ele(a) pode experimentar uma sensação de que não completou o seu trabalho, ou mesmo que fracassou em relação aquele(a) paciente ou para com seus familiares, de maneira que a morte passa a ser silenciada por estar intensamente ligada ao fracasso.

Em muitos casos, a convivência direta com constantes que provocam tais sentimentos não só do(a) próprio(a) profissional da psicologia, como também nos(as) pacientes, familiares e colegas de trabalho, contribuem para um processo de luto que não é reconhecido e autorizado. Doka (1989 apud KOVÁCS, 2010) se refere aos(às) profissionais de saúde como enlutados não reconhecidos, portanto, sem direito de expressar seus sentimentos, o que pode levar ao colapso. Ainda segundo o autor, o termo “luto não reconhecido” é empregado quando a pessoa experimenta uma perda que não pode ser admitida abertamente; o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado.

Frente ao exposto, é relevante pensar sobre a singularidade do luto, de forma que as circunstâncias, o contexto e as consequências da morte sejam levadas em conta para a elaboração de intervenções eficazes, que de fato possibilitem um espaço concreto e simbólico para expressão e validação do luto. Segundo Casellato (2015), a validação social da perda (por meio da realização de rituais) e a existência de um local onde se concretize a morte e que possibilite a expressão dos sentimentos de pesar, coloca-se como um fator facilitador para o processo de elaboração da perda. Podemos considerar que a atuação do(a) psicólogo(a) hospitalar busca responder a uma angústia, um pedido de ajuda, seguindo uma ideia de humanização hospitalar. Neste sentido, as respostas do(a) profissional são únicas para cada paciente atendido, sendo sua intervenção “personalizada”, objetivando atender a especificidade de cada sujeito em questão.

Pensando em como a morte adentra o ambiente hospitalar em um movimento que parece ir contra ao que se procura estabelecer nessas instalações, onde há uma constante dedicação para o restabelecimento da saúde e da vida de forma plena, algumas teóricas como Cicely Saunders e Elisabeth Kubler Ross rompem com essa concepção e começam a introduzir no meio hospitalar formas de cuidar e pensar a morte, através dos cuidados paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito estabelecido em 1990 e atualizado em 2002, os cuidados paliativos foram definidos, como sendo uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (WHO, 2007).

Os cuidados paliativos se baseiam em conhecimentos advindos de diversas áreas de conhecimento dentro da saúde, de forma que o trabalho é gerido não só pela figura do(a) médico, mas sim por uma equipe multiprofissional, sendo um cuidado que não é baseado apenas em um protocolo, mas sim em princípios (MATSUMOTO, 2009). Entende-se que quando se

fala em cuidados paliativos não se refere apenas à terminalidade, todavia, também está relacionada à humanização da morte e da dignidade do morrer.

Segundo Arantes (2016), os cuidados paliativos são úteis em qualquer fase da doença, mas sua necessidade e seu valor ficam mais evidentes quando a progressão atinge níveis elevados de sofrimento físico e a medicina nada mais tem a oferecer. A autora ainda destaca que a verdade é que pode não haver tratamentos disponíveis para a doença, mas que há muito o que fazer pela pessoa que tem a doença. Esse cuidado com pacientes e familiares que convivem com esse processo de finitude é essencial para aprendermos sobre questões universais da nossa existência, como o sofrimento, a morte e o luto.

A psicologia, enquanto campo de ação, constitui dentro da equipe multiprofissional um lugar importante para sua atuação diante da morte e aos processos desencadeados pelo morrer. Conforme Franco (2008), as ações da psicologia em cuidados paliativos não se restringe somente ao(à) paciente em fase final de vida, mas deve incluir a família, que vivencia tal momento de forma particular e específica, promovendo a ligação entre a equipe multiprofissional e os demais envolvidos. Dessa forma, o psicólogo, assim como os(às) demais profissionais da saúde estão em contato constante com aspectos relacionados à finitude da vida, o que pode desencadear sofrimento relacionados a essas perdas.

O fato destes(as) profissionais serem capacitados(as), em sua formação, para garantir a permanência do viver, faz com que eles não pensem regularmente em sua finitude, por isso, ao se deparar com o óbito há uma ruptura nesse processo. Esse lidar com a morte pode tocar os(as) profissionais da saúde em várias dimensões. A perda de pacientes com quem se estabeleceu uma relação, seja ela apenas na dimensão do cuidado ou a nível pessoal, pode se tornar extremamente dolorosa. Em muitos casos, esses(as) profissionais podem não se sentir à vontade ou ter um espaço em que possam compartilhar desse sofrimento, e de como tais experiências o atravessam.

1.3 A pandemia e seus desdobramentos

Trazendo essa questão para o contexto da pandemia, que é uma problemática emergente, é preciso pensar todos os desdobramentos que chegam junto a esse cenário. Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou estado pandêmico devido ao alto índice de disseminação da doença provocada pelo novo coronavírus. Segundo a OMS, a doença por coronavírus (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, transmitida principalmente por partículas contaminadas que se espalham rapidamente pelo ar,

causando, deste modo, a transmissão e contágio em massa. Assim, todas as pessoas se tornam vulneráveis a contaminação por covid.

Diante disso, medidas preventivas foram tomadas no mundo visando a contenção da acelerada propagação da doença. Dentre os diversos esforços para conter a transmissão, estava o isolamento social e as medidas de higiene. Desde que foi anunciada a pandemia por covid-19 no Brasil, as formas de pensar as práticas de saúde foram permeadas por mudanças e transformações que aconteceram muito rápido, precisamente por se tratar de uma situação atípica e nunca antes vivenciada por boa parte da população.

Concomitantemente à pandemia, vieram muitas preocupações, desde a sobrecarga do sistema de saúde até os impactos que tal situação poderia causar na vida da população. Estudos têm mostrado que não só a pandemia em si, mas as medidas adotadas para contê-la têm impactado a saúde mental da população em geral, aumentando o risco de sintomas de estresse, ansiedade e depressão (WANG, et al., 2020).

Torna-se importante também, pensar na forma que os(as) trabalhadores da saúde foram atingidos por essa pandemia, considerando as longas jornadas de trabalho na qual foram submetidos e a crescente demanda de internações hospitalares de casos de média e alta complexidade, acrescido da angústia frente à nova situação e todas as preocupações que a pandemia pode suscitar. Os profissionais passaram a ter que lidar não só com a maior quantidade de mortes dentro de seus locais de trabalho como também com a incerteza sobre a manutenção da própria vida, ao se colocarem em risco constantemente.

Ante o exposto, faz-se necessário pensar a atuação da psicologia junto a chamada “linha de frente” ou seja, profissionais que trabalharam em contato direto com pessoas que foram infectadas pelo vírus (LI, et al., 2020), de modo que a psicologia possa reinventar suas formas de atendimento à própria equipe de saúde, aos pacientes e principalmente aos seus familiares, considerando a necessidade de suporte desses sem, no entanto, terem contato direto com essas pessoas. Como apontado por Jiang et al. (2020), o papel da psicologia na crise atual é utilizar suas ferramentas na implementação de estratégias de prevenção e controle de epidemias, tanto sob uma perspectiva de minimizar os danos para a população quanto de fornecer assistência quando necessário.

Portanto, levando em conta o elevado número de mortes e as diversas transformações que a pandemia trouxe, o objetivo deste trabalho centrou-se em compreender como a atuação dos(as) profissionais de psicologia hospitalar foi atravessada por este recorte, buscando entender como a psicologia pode contribuir para promover uma melhor elaboração da perda de um ser amado, de modo a se ajustar à nova realidade com essa ausência. Além disso, é

importante considerar os impactos desse trabalho sobre a vida dos(as) profissionais, como também a necessidade de se debater, cada vez mais, as questões ligadas ao fim da vida, à morte e ao morrer, especialmente em situações de doenças facilmente transmissíveis e que demandam o isolamento social.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Método e procedimentos

No âmbito da pesquisa qualitativa e exploratória, foi utilizada a pesquisa de campo. A pesquisa de campo, conforme Lakatos e Marconi (1996), consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes para analisá-los.

Ainda de acordo com as autoras, a pesquisa de campo conta com três fases, sendo a primeira a pesquisa bibliográfica, que visa compreender em que estado se encontra o problema, de acordo com os trabalhos já realizados, a segunda fase é a determinação das técnicas que serão empregadas na coleta de dados, e por fim, a decisão de como esses dados serão registrados e analisados posteriormente (LAKATOS & MARCONI, 1996).

2.2 Instrumento

Como instrumento para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi estruturadas. De acordo com Fortin (2009), este tipo de entrevista é ideal para ser utilizada em investigação social e em estudos qualitativos, quando se pretende compreender o significado de um acontecimento ou de um fenômeno vivido pelos participantes. Nesse sentido, é importante considerar que o desenvolvimento dos métodos de pesquisa dentro do campo da saúde de forma geral, deve ser compreendido como um processo inserido em um cenário científico mais amplo, que irá envolver diversas perspectivas e diferentes eixos de pesquisa, bem como com referências teóricas e metodológicas oriundas de outros campos do saber.

As perguntas foram organizadas através de questões ou tópicos-chave que ajudaram a definir as áreas exploradas (CAMINHA, 2019). Portanto, as entrevistas foram direcionadas através de um roteiro de perguntas pré-estabelecidas, o qual consta no apêndice A, mas que não foi seguido à risca, visto que o formato semiestruturado não segue um padrão rígido de perguntas. Mostra-se flexível para assunto e perguntas que possam surgir mediante a conversação.

Epistemologicamente, este trabalho baseou-se na premissa pautada no método psicanalítico no que tange ao encaminhamento das entrevistas. Isso quer dizer que apesar de partir de um roteiro semi-estruturado, as pesquisadoras levaram em consideração a escuta flutuante e associação livre, no sentido de se atentar para o que não estava explicitamente dito

na fala, na fala manifesta, mas também no nível de um discurso inconsciente, que leva em consideração as hesitações, atos falhos e afetos suscitados a partir de uma determinada temática. Ou seja, apesar de se tratar de um contexto de pesquisa e ter sido usado um roteiro de perguntas, as pesquisadoras procuraram dar espaço para uma fala que transcendia a questão feita, inserindo, algumas vezes, outro direcionamento, outras perguntas a partir dos conteúdos que foram surgindo espontaneamente pelos(as) participantes. Nessa perspectiva, o roteiro de entrevista aparece em um cenário que possibilita que os(as) participantes pudessem construir uma narrativa acerca da sua experiência profissional. Às pesquisadoras, que dirigiram à investigação pelas perguntas, coube a “condição de se lançar à experiência da escuta da subjetividade” (DAL FORNO & MACEDO, 2021, p. 9)

2.3 Participantes

Os(as) participantes da pesquisa foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: psicólogos(as) que independentemente da idade e sexo, tenham atuado pelo período mínimo de um ano no contexto hospitalar, e que tenham trabalhado por pelo menos seis meses em um Hospital no interior do Tocantins durante a pandemia. Atualmente três profissionais atuantes na instituição escolhida se enquadravam nos critérios de inclusão determinados, no entanto somente 2 (dois/duas) psicólogos(as) aceitaram participar da pesquisa.

Utilizou-se como critério de exclusão, profissionais que atuam no Hospital em questão e não sejam psicólogos(as), bem como psicólogos(as) que tenham menos de um ano de experiência no contexto hospitalar e menos de seis meses trabalhados no Hospital.

2.4 Procedimento de coleta de dados

No período da pesquisa, os(as) profissionais entrevistados(as) estavam vinculados a uma instituição de saúde localizada na região norte do país, em um município do Estado do Tocantins. As pesquisadoras, por meio eletrônico, fizeram contato com a instituição, através da busca ativa, convidando todos(as) os(a) psicólogos(a) que, no momento da coleta, trabalhavam na instituição, visto que se adequaram aos critérios de inclusão, para participarem da referida pesquisa. Após o convite eletrônico, as entrevistas com os(as) profissionais foram agendadas via contato telefônico.

Antes da realização das entrevistas, os(a) possíveis participantes foram convidados a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE disponível no apêndice B) e, caso consentissem, eram solicitados a assinar o documento, dele recebendo uma cópia.

As entrevistas semi-estruturadas seguiram um roteiro pré-estabelecido de 5 perguntas (apêndice A), levaram aproximadamente 45 minutos e foram realizadas em plataforma digital (google-meet), visto que todo procedimento metodológico teve que respeitar as medidas de segurança da Covid -19 para assegurar a saúde tanto das pesquisadoras, da orientadora, como também dos(as) participantes. Com o consentimento dos(as) participantes, os encontros foram gravados e posteriormente transcritos para uma melhor análise dos dados.

Após a coleta de dados, as pesquisadoras fizeram o *download* dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e apagaram os registros de toda e qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”.

2.5 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram tratados sob a ótica da Análise de Conteúdo de Bardin (1977/2011). Para a autora, esta se constitui como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sejam elas verbais ou não, que visam através de “procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42).

Segundo Bardin (1977/2011), a análise de conteúdo divide-se em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização, envolve a leitura “flutuante”, que se caracteriza como um primeiro contato com o material a ser submetido à análise, bem como a escolha deles e a formulação das hipóteses e objetivos que orientam a interpretação e a preparação formal do material.

A segunda fase é a etapa de exploração do material, momento em que são escolhidas as unidades temáticas para análise, adotando-se os seguintes procedimentos de classificação, agregação e categorização. A partir disso, segue-se para a terceira fase que é a classificação em blocos que expressem determinadas categorias, que confirmam ou modificam as hipóteses e referenciais teóricos inicialmente propostos. Frente ao exposto, a Análise de Conteúdo constitui-se como uma ótima opção para analisar dados advindos de comunicações, visto que

permite compreender os sentidos e significados das mensagens que vão além do conteúdo explícito, mostrando-se assim um método ajustável a inúmeras formas de investigações.

Para Bardin (1977) esse método, na medida que busca analisar os sentidos e os significados da comunicação, considera não só as condições de quem produz a mensagem (o emissor e seu contexto), como também as de quem a recebe, assim como as consequências produzidas por ela, pretendendo uma melhor compreensão e interpretação da realidade.

Os dados foram discutidos à luz da literatura existente no campo da psicologia hospitalar e da terminalidade, a partir de autores como Simonetti (2004), Sebastiani, Angeromi Canon (1992), Elisabeth Kluber Ross (1981), Maria Julia Kóvacs (2003), Maria Helena Franco (2002), Saunders (1991), Bromberg (2000), Belkiss (1999), entre outros(as) pensadores(as) que dialoguem com eles(as).

2.6 Aspectos éticos

Após a qualificação, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil para apreciação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFT, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

O projeto que envolve este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins (UFT), contendo o **Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE 56317722.0.0000.5519)** e **Número do Parecer 5.357.874**. A coleta de dados só começou depois da devida aprovação. Aos(Às) participantes, foi respaldado o sigilo de informações e o direito de se retirar da pesquisa sem implicar em nenhum prejuízo. O TCLE foi enviado para o e-mail informado pelo(a) profissional.

3 RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os dados coletados na pesquisa de campo, assim como as análises que se sucederam a partir das entrevistas realizadas. Foram construídas cinco categorias para tratar de forma detalhada os núcleos centrais de discussão propostos pelo trabalho da pesquisa em questão. Dessa forma, inicialmente são apresentadas as respostas dos(as) participantes na íntegra para, posteriormente, serem expostas as análises dos dados. Foram oferecidos nomes fictícios aos(às) participantes: Esperança e Girassol.

Ao serem questionados(as) sobre como ocorreram suas atuações durante a pandemia, todos(as) os(as) participantes apontaram que os(as) mesmos(as) foram atravessados(as), de diferentes formas, por alguma imprevisibilidade, no sentido de que tiveram que lidar com situações inesperadas, como se vê no Quadro 1.

Quadro 1 - Respostas à questão 1
“Como se deu a sua atuação durante a pandemia?”

Participante	Resposta
Esperança	Durante a pandemia nós não tivemos alteração de equipe, nem de horas, na nossa equipe, eu não sei se vocês sabem, mas no início da pandemia alguns profissionais que eram grupo de risco foram afastados, não sei se vocês tiveram conhecimento disso, então assim, quem era grupo de risco o estado deu alternativa desses profissionais se afastarem, então grupo de risco entrou infinitas coisas né, desde de hipertensão a gestantes e lactantes, e aí na nossa equipe nós somos 4, dos 4 profissionais, 3 são concursados, de concurso eu sou a que tem menos tempo, e agora depois da pandemia é que veio um profissional que é contrato, então a nossa equipe da pandemia, nós éramos 3, todos os 3 concursados, e nenhum se enquadrava para

afastamento, então nós continuamos trabalhando normal, em termos de carga horária, jornada, enfim. No trabalho, no dia a dia, nós fizemos algumas alterações, como era algo desconhecido, ninguém sabia como lidar, então nós deixamos de fazer busca ativa nos leitos e passamos a atender mais urgência e emergência, todo tipo de trabalho em grupo foi suspenso, então roda de conversa, palestras que a gente tentava fazer com uma certa frequência, então tudo isso foi suspenso, e inseriu também o trabalho na ala covid né, como não foi contratada equipe específica e os nossos profissionais eles são poucos, não dava pra dividir, a gente ficou atendendo também ala covid, e aí a gente fazia, se era uma demanda não urgente, digamos assim, a equipe nos avisava, e a gente tentava deixar o dia pras ocorrências que pudessem acontecer de rotina, de urgência e emergência, maternidade e as outras clínicas, e a partir das três, quatro da tarde a gente se paramentava e entrava no covid para atender toda a demanda que tivesse ali, para tentar evitar uma contaminação cruzada e também para uma otimização de EPI, já que a gente tinha que se paramentar inteiro, e aquela paramentação, aqueles equipamentos são descartáveis né. E aí se a gente entrasse de manhã, tivesse uma emergência por exemplo na maternidade, que é uma ala digamos mais limpa do hospital, é o lado bonito e bacana do

	hospital né, então pra evitar isso a gente ia primeiro nesses outros para depois irmos na ala covid, claro que se fosse algo que demandasse uma certa urgência, a gente ia, então o que alterou foi isso, e também bem no iniciozinho a gente tomava banho toda vez que ia no covid.
Girassol	A princípio houve um pouco de improvisone, todo mundo ficou um pouco perdido, sem saber para onde ir, aí a gente foi se adequando de acordo com o que foi acontecendo, não só a psicologia como a equipe toda.

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quando foram questionados(as) se conseguiam destacar alguma diferença em relação à sua atuação diante da morte no período pandêmico, 100% dos(as) participantes relataram não ter tido grandes alterações nas formas de acolhimento aos familiares, mas que algumas adaptações tiveram que ser feitas a fim de contemplar a nova realidade. Portanto, foi possível observar a forma com que as profissionais atuavam diante de uma situação de óbito e como se dava esse acolhimento, tal como aparece no Quadro 2.

Quadro 2 - Respostas à questão 2

“Você consegue destacar alguma diferença em sua atuação diante da morte, antes e depois da pandemia?”

Participante	Resposta
Esperança	Não, eu, ao longo desses 11 anos eu tenho aprendido a ver a morte como algo mais natural, o que talvez grande maioria da população não veja, algo natural no sentido de que? ela está rondando a todos em todo momento. Não que seja “ah, tranquilo, aconteceu” mas que é um processo natural do ser humano, e que ninguém tá pronto pra ele,

então com a pandemia, esse volume maior de mortes, aproximou mais, houve uma maior inquietação das pessoas, e uma maior revolta, inclusive de aceitação, por não ter esse processo de despedida, por não ter possibilitado a maioria das famílias se despedir, ver, passar por esse ritual que eu acredito que seja importante até para assimilar, entender e poder elaborar o luto de uma forma mais tranquila, esse contato com o corpo, esse contato com esse momento, então quando tira isso as pessoas têm uma maior dificuldade para aceitar, elas têm uma maior dificuldade para entender que realmente essa pessoa morreu. Então o acolher nesse sentido, o levar eles a pensarem em estratégias de despedidas, estratégias de novos métodos para se despedir, talvez isso foi incrementado, essa conscientização, de levar esses familiares a conscientização de que olha, realmente ele não vai voltar, de que não vai ter o velório da forma tradicional, mas que forma que eles gostariam de se despedir? Que forma que eles gostariam que esse momento fosse vivenciado? E muitas vezes de um acolhimento de uma revolta também pra equipe, porque até em virtude de muitas coisas que saíram né, De que “Ah, os hospitais inventavam, tinham morrido de outra coisa e falavam que era covid”. Então até acolher algumas coisas que surgiam, algumas revoltas nesse sentido, também tinham, pouco mas teve.

Girassol	Não

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quando interrogados(as) sobre os principais desafios encontrados atuando como psicólogo(a) hospitalar, as respostas dos(as) participantes se divergiram, de modo que o(a) participante 1 trouxe a paramentação como um grande desafio nesse contexto, enquanto para o(a) participante 2 o trabalho em equipe foi colocado como sendo um desafio, principalmente com relação à compreensão de que esse trabalho deve ser feito em equipe, como se verifica no Quadro 3.

Quadro 3 - Respostas à questão 3

“Quais os principais desafios que você encontra atuando como psicólogo hospitalar?”

Participante	Resposta
Esperança	Desafios... não só covid? de tudo? é algumas pessoas que, alguns pacientes que precisam, que a equipe solicita, e o paciente não aceita, então o desafio é esse: a gente tá numa posição que tem a busca, tem os pacientes, têm os acompanhantes que pedem ‘ahh tem psicólogo aqui? quero conversar’ e tem os que buscam a emergência já para o atendimento psicológico, eles não vêm em busca de nada médico, aí já nem passam pelo médico já vem direto pra gente, só que tem aqueles que a equipe, médicos, enfermeiros, enfim qualquer profissional pode solicitar nosso serviço, aí o profissional aciona e você chega lá o paciente não ‘não quero conversar, não to precisando de psicólogo, você não vai resolver nada do que eu tenho’ aí o desafio é esse você conseguir conscientizar a pessoa pra ter pelo menos uma abordagem mínima

de escuta mínima pra... se ele não quer se a recusa já é de cara como que eu vou pelo menos tentar convencer essa pessoa do mínimo que é de falar se ele não quer nem falar, ai fica de uma resposta difícil pra equipe né pro solicitante.

(Se tratando do período da pandemia) A paramentação e a desparamentação, é um momento tenso né, qualquer falha na paramentação eu poderia entrar na enfermaria e estar exposta, e na desparamentação também porque se algum passo não fosse certinho ali tivesse contato com alguma coisa poderia vir a contaminar, então a principal era essa... de início eu me recordo que havia um medo e a gente via, e começou a chegar aqueles macacões aquelas roupas assim de astronautas, e quando eu fui atender pela primeira vez no covid eu fui com receio, me paramentei inteira, até com certos exageros, mas ao entrar ao estar diante do paciente tudo isso ia embora, tudo isso ia porque ali estava um outro ser humano que estava com mais medo que eu, que estava preocupado, principalmente nos primeiros meses eles estavam preocupados porque eles também se viam como ameaça 'ah eu to ameaçando essa pessoa que tá qui pra me ajudar', então ali eu conseguia deixar tudo isso, toda essa insegurança, e conseguia estar com o paciente, como eu sempre entrava de luva então se precisava do toque se eu sentia a necessidade de pegar na mão, de muitas

	<p>vezes um paciente mais acamado fazer um toque no rosto, no cabelo, na cabeça, fazia tranquilamente, então se eu precisava acalmar e ter esse toque no momento pra acalmar era bem tranquilo, então era mais nesses momentos mesmo do vestir e tirar.</p>
<p>Girassol</p>	<p>Os desafios? Eu acho que o trabalho em equipe é um grande desafio, porque assim, igual, tem 16 anos que eu tô aqui né, 16 anos a gente tentando construir um trabalho em equipe, porque por exemplo assim, muitas vezes, eu tô fazendo aquela visita, mas quem percebe que aquele paciente ali tá precisando de um acompanhamento é o enfermeiro, às vezes naquele momento q a gente passa, a gente não tem a oportunidade de perceber porque a gente não faz o atendimento específico com todos né, então já aconteceu de fazer acompanhamento de pessoas que o enfermeiro falou “olha, aquele paciente “está sensibilizado” ou às vezes “não tá recebendo visita” às vezes vai começando uma carência, e aí eu acho que um dos principais desafios é isso, é a gente mostrar pra equipe que todo mundo é importante nesse processo. Igual por exemplo, já aconteceu de me chamarem pra conversar com o paciente porque o paciente estava extremamente rebelde, e durante o atendimento eu percebi que a pessoa ela tava com fome, porque a comida que vinha ela não tava querendo comer, ela preferia sopa, aí eu levei o assunto pra</p>

	nutricionista, para ela avaliar, ver se tinha possibilidade de mudar, e teve, foi muito tranquilo, então eu acho assim que esse trabalho em equipe ele é muito importante.
--	--

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Na quarta pergunta, foi possível perceber como é para os(as) profissionais trabalhar com o processo de morte e morrer. Todos(as) participantes relataram que apesar de ser um momento difícil, conseguem ver a morte como algo natural, que faz parte da realidade, e afirmam a necessidade de deixar que o sofrimento dos familiares seja expresso, como se observa no Quadro 4.

Quadro 4 - Respostas à questão 4

“Para você, como é trabalhar com o processo de morte e morrer?”

Participante	Resposta
Esperança	Nunca é fácil, nunca é tranquilo mais eu busco sempre ver e entender o lugar da pessoa que tá indo, dentro daquela família, mesmo sendo um idoso de 100 anos a família não quer né, o sentimento egoísta do ser humano nunca acaba, então eu busco sempre ir assim, ah tá tranquilo, já tava velhinho, já estava acamado a tanto tempo, pra mim nunca tem isso, “ah não, sofreu, então acabou o sofrimento” não, é o amor de alguém que tá indo, e tem alguém ali que tá sofrendo muito com a perda do outro, seja esse morto mãe, pai, avó, tio, irmão, enfim, cada um vai amar a sua forma, e eu sou muito do deixar o sofrimento as vezes a pessoa tá gritando, problema dela, é o jeito que ela ta sentindo a dor dela, tento até tirar de perto se tem algum outro familiar que tá ‘aí não, calma, não

chora' só sinalizo que deixa chorar deixa, tem que sofrer, deixa sofrer tá doendo se tá doendo como que não vai chorar, como que não vai gritar, como que não vai expressar essa dor que só vai passar se for expressa então a minha percepção é essa, claro que tem que perguntar se a pessoa tá sentindo algo físico se tá passando mal além da dor pra medicar se for necessário pra baixar a pressão mas algo que seja realmente necessário, eu tento na medida do possível não deixar que a pessoa seja medicalizada pra dormir apagar e acordar dois dias depois sem ter vivenciado esse processo, então é isso, não é fácil, é muito individual, tanto de pessoas que dizem não eu to bem tá tudo tranquilo, não tem como você me ajudar, e tá ligando e tá resolvendo tudo e não tem o que fazer, até famílias numerosas que quando você vê já tem 20, 30 pessoas ali e vc tá indo de pessoas em pessoa e fazendo um atendimento individual, mas na coletividade e organizando pra quem tá melhor ir acolhendo quem não tá tão bem para ir fazendo esse manejo, mas deixar ser expresso e respeitar toda e qualquer forma de expressão, porque normalmente eles não vem pra gente como eu disse na pandemia teve? teve, eu vi, inclusive vir pra mim e a pessoa não querer e eu sair e a pessoa interpretar aquela saída, aquela não insistência de ficar ali incomodou e a pessoa ficou chateada comigo e falou alguma coisa e saiu também, ou de falar que morreu porque

	<p>o hospital tá matando ou que morreu de outra coisa e a gente tá mentindo e aí isso fazer parte tbm da mentira de que era covid, então são tantas particularidades para cada um, então se a gente não tiver preparado pra qualquer situação a gente não consegue acolher da forma que a gente deseja que essa pessoa seja acolhida, porque a responsabilidade é sempre essa, e como eu queria que os meus fossem acolhidos e aí quando eu não consigo atingir esse objetivo isso... mas também não costumo levar isso do tipo ahh ficar me sentindo mal por conta disso não, consigo tbm me distanciar de que eu sou ser humano tbm e que tenho as minha limitações tbm e que as expectativas do outro podem não coincidir com a minha e tá tudo bem.</p>
<p>Girassol</p>	<p>Um desafio né, diário. Um desafio diário porque é uma coisa que a gente lida, é uma coisa que a gente sabe que é difícil pra todo mundo. Mas eu não vejo o trabalho assim, que o trabalho seja especificamente assim, muito mais ligado a morrer, tem as situações de morte, tem as situações que a gente tem que conviver, tem que passar por isso junto com o paciente, mas eu vejo muito mais por um outro lado, as pessoas que saem daqui com uma perspectiva de vida, bem maior do que a que entrou, teve muito mais casos assim do que caso de óbito, o óbito é uma realidade né, uma realidade que a gente tem que</p>

	<p>conviver como profissional da saúde, como ser humano, mas eu me sinto muito mais motivada e acho que o desafio nosso maior que eu vejo é esse sabe, é plantar uma sementinha de esperança naquelas pessoas que chegam aqui muitas vezes com menos vontade de viver do que com vontade de sarar de uma patologia sabe. Então eu fico muito feliz quando eu percebo que eu consegui plantar essa sementinha. Porque assim, uma coisa é eu estar com uma patologia e com vontade de viver o tempo que tenho pra viver da melhor forma que é possível né, do que a pessoa que não quer viver independente da patologia que ela tem. Então eu acho que o desafio da psicologia é mais nesse sentido, a morte é uma certeza né, a morte é a única certeza que a gente tem, então o que nós vamos fazer com as nossas incertezas? A morte é certeza, agora o que nós vamos fazer com as incertezas? Não sei se respondi a pergunta</p>
--	--

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Na quinta e última pergunta do Roteiro, os(as) participantes foram interrogados(as) sobre o efeito de trabalhar como psicólogo(a) hospitalar nas suas vidas. Esperança trouxe que a pandemia possibilitou que ela aprendesse a dizer não, ou seja, de poder se colocar como prioridade ao invés de satisfazer a vontade de terceiros, enquanto Girassol afirmou que a pandemia evidenciou os impasses do lidar com o outro, seja com o colega de trabalho, seja com o(a) paciente ou um familiar, como se percebe no Quadro 5.

Quadro 5 - Respostas à questão 5
 “Como você analisa o impacto desse trabalho na sua vida?”

Participante	Resposta
Esperança	(inaudível) e que se respeita cada dia mais, então assim como em alguns momentos por não concordar e por não aceitar e por ter que dizer não, olha não vou receber em casa por não me sentir confortável não ser o momento, ou não vou no seu aniversário ou no aniversário do seu filho pq não me sinto confortável, então trouxe essa permissão pra dizer não, a não ir pra agradar os outros, pq eu tinha que ter escolha ou eu ia pra agradar os outros ou enfrentava, encarava e talvez ficasse de paranóico e tudo bem. Isso me fez até mais seletiva em termos de quem respeita as minhas opiniões e quem não respeita, e estar só, o não estar em bandos o tempo todo como nunca foi parte da minha vida não foi sacrifício ficar em casa.
Girassol	No início da pandemia eu senti muita dificuldade, muita, e aí, foi o momento que por algum tempo a gente ficou muito nessa perspectiva de morte mesmo né, por causa das pessoas que chegavam até a gente, e a gente vendo um monte de óbito mesmo, de pessoas conhecidas, de familiares, de amigo, então nesse momento teve sim um baque, uma desorganização, mas eu me sinto extremamente feliz nessa profissão, embora de vez em quando a gente, como todas as profissões, a gente tá o tempo todo lidando

	com o outro, e isso não é fácil, em todos os sentidos, é o outro enquanto colega, o outro enquanto cliente, paciente, mas eu me sinto muito feliz quando acontece sucesso né, cada grãozinho que você consegue colocar no lugar a gente fica muito feliz.
--	---

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

PERGUNTAS COMPLEMENTARES

A partir das respostas dos(as) participantes, foram surgindo outras perguntas, as quais as respostas subsequentes são demonstradas nos quadros a seguir:

Quadro 6 - Respostas à questão 6
 “Quais eram os principais tipos de demanda que surgiram nesse período”

Participante	Resposta
Esperança	Na ala covid geralmente era ansiedade, medo angústia, eu costumo comparar muito, isso algo de uma percepção minha, a pessoa receber um resultado positivo para covid era quase como receber um positivo de uma biópsia, então muitas vezes a pessoa tava até bacana “Não, não é não” quando pegava, a pessoa já começava a sintomatizar muito mais, então já desencadeava o emocional, o que fazia muitas vezes a pessoa piorar, então eram mais relacionadas ao medo desse novo. Então receber esse diagnóstico, eu percebo que ainda tem um pouco, mas no início, no primeiro ano, primeiro ano e meio, assustava muito, então a maior parte da demanda, era essa, emoções relacionadas ao positivo, e em alguns casos também a não aceitação tanto do paciente quanto da família, então muitas

	famílias diziam que não, e também de óbito. Então o atendimento a família pós óbito, o acolhimento.
Girassol	Eu acho que sim, como a questão da ansiedade, o medo da morte ficou muito mais intenso, as pessoas encararam a covid como morte né, então as pessoas estavam entendendo a covid como morte já marcada... então acho que nesse sentido acho que sim

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quadro 7 - Respostas à questão 7
 “Quando ocorria o óbito, havia algum tipo de protocolo?”

Participante	Resposta
Esperança	Olha, essa questão da despedida, o hospital segue os protocolos da OMS, então em geral não, não me recordo de ter tido alguma exceção não, os mesmos protocolos da OMS, de não contato, de não velório, então por isso eu não tinha contato com a pessoa que faleceu. E com a família, o atendimento era assim como qualquer família que perde um ente querido, não houve uma mudança, então o atendimento a qualquer familiar que eu faça, ele é geralmente onde a família tá, então nem sempre essa família quer sair de onde está para vir para a sala da psicologia, quer ir para um consultório, não, eles querem estar ali onde eles estão, ou andando no pátio, ou sentado debaixo de uma árvore, e assim

	<p>seguiu, então não houve um protocolo especial. Então o que tem, é o uso de EPI, geralmente esses familiares não estavam contaminados, então não tinha aquele jaleco descartável, geralmente eu ia com meu jaleco normal, a máscara, que já ia mesmo de prática, que já virou rotina para gente, e só, não teve uma ferramenta especial.</p>
Girassol	<p>Continuou como já era. É igual eu falei pra você né, foi uma situação de adaptação de todo mundo, da equipe inteira, então no início, até mesmo pra gente ir visitar o paciente, vocês perguntaram agora a pouco se houve algum protocolo, protocolo da psicologia não houve, mas houve um protocolo das vestimentas, dos epi's, então no iniciozinho a gente tinha que paramentar, tinha que ter toda uma vestimenta pra entrar lá né, visita 0, contato familiar 0, aí depois a gente foi adaptando também os epi's, as primeiras reuniões que a gente teve sobre isso era um macacão plástico, parecia uma roupa de astronauta, e depois com o passar do tempo, as coisas foram se adequando, e depois com o surgimento da vacina também houve uma, não sei se uma tranquilização, ficou mais tranquilo, mais calmo, mas é igual eu tô falando pra você, o que eu achei muito difícil foi porque todo mundo tava aprendendo, os médicos estavam aprendendo, os enfermeiros estavam</p>

	aprendendo, os técnicos, os psicólogos estavam aprendendo, todo mundo tava aprendendo a lidar com isso.
--	---

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quadro 8 - Respostas à questão 8

“Como se dava o contato com a família? Era possível ter despedida ou algo do tipo?”

Participante	Resposta
Esperança	Olha, em praticamente todas as situações que me são solicitadas esse atendimento pós óbito eu abordo isso, seja porque o familiar, a pessoa ta muito debilitada emocionalmente, a primeira conduta que se espera da família e muitas vezes da equipe é a medicalização, então é um assunto que eu sempre tenho que abordar. “Olha você quer se despedir, olha vai ter esse momento, você quer participar ou você quer estar no hospital? Olha há possibilidades” Então assim, são falas que já fazem parte, e aí quando vai acalmando, ou dependendo, geralmente tem mais de uma pessoa, o que ta mais calmo, o que ta conduzindo melhor essa parte de documentação, de orientar, de pedir, então a gente acaba fazendo um trabalho não só da psicologia, mas a gente acaba auxiliando e as vezes pedindo um pouco também do serviço social, as vezes de identificar se tem um que ta passando mal para chamar um técnico de enfermagem para verificar os sinais vitais, então já é de rotina, então ‘sabe olha você já tem ideia de onde vai ser o velório, vocês já

acionaram a funerária' porque muitas vezes esses familiares vão ficando na porta do hospital, o corpo tá ali eles vão ficando, então quando eu percebo isso eu tenho que entrar no assunto 'olha vocês já pensaram das questões práticas do velório, quem aqui que vai ligar que vai acionar a funerária, se tem plano funerário', então é delicado o que eu faço é identificar quem tá melhor quem está mais estruturado, quem tá ajudando a cuidar dos que estão mais debilitados, então geralmente eu abordo essa pessoa pra saber 'você tem alguém, é você que vai acionar, você sabe como vai ser, onde vaizer, como vai ser, precisa avisar alguém da família, você já conseguiu avisar alguém que não esteja aqui, se precisar eu faço a ligação eu faço a abordagem é dependendo 'é não tenho direcionamento não tenho plano funerário', você percebe que a condição financeira não é legal pra arcar com os custos, então ofereço serviço social, falo que existe essa equipe pra auxiliar nisso, então tudo isso a gente vai conduzindo, e acaba sendo natural porque são processos que vão acontecendo, a propria equipe de enfermagem em algum momento chega pra pedir a documentação da pessoa que faleceu pro medico fazer a certidão de obito, então vai vindo natural e a gente vai auxiliando, na epoca eu lembro de ter feito alguns cursos de ter assitido algumas lives voltadas pra essas questões das despedidas, pras questões de velórios virtuais, e aí tudo

	<p>isso dependendo de algumas estratégias eu até apontava 'vocês já pensaram como vai ser?' ' não, não tenho ideia' existe a possibilidade de vocês fazerem de tal forma, são estratégias que algumas famílias têm adotado a partir de estudos então se fizer algum sentido, desse jeito bem claro e de uma forma mais simplificada possível para que eles realmente entendessem né, nesse momento em que tá tudo muito vago.</p>
<p>Girassol</p>	<p>Não tem uma receita de bolo né, cada situação é única, então depende muito do jeito que as pessoas se encontram, depende muito do nível de aceitação que as pessoas estão naquele momento, porque o que as pessoas esperam da psicologia? Que a gente faça uma mágica e a gente sabe que não é possível, a gente se coloca à disposição, junto daquela família.</p> <p>(Sobre a despedida) então até mesmo a questão de despedir que vocês perguntaram, até os velórios estavam proibidos, a pessoa não podia nem ter velório, então não tinha isso de se despedir, não tinha.</p>

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quadro 9 - Respostas à questão 9

“Foi comentado que a equipe também apresentou algumas demandas diferentes relacionadas a pandemia, como foi lidar com isso? Como foi o manejo?”

Participante	Resposta
--------------	----------

<p>Esperança</p>	<p>Como disse no início a gente parou as buscas ativas e os atendimentos em grupos, então para os servidores eu organizei um projetinho, a gente já tem um projeto voltado aos servidores já a algum tempo, então no início como não podia reunir eu ia nos setores dava uma olhada e eu abordavam, perguntava como eles estavam, como estavam os sentimentos diante de toda aquela situação, como eles estavam fazendo pra se cuidar, então eu falava abordava as estratégias de saúde mental alguns falavam mais outros falavam menos as vezes eu conseguia abordar uma equipe maior com oito ou dez pessoas, que estavam ali naqueles setores, dependendo da demanda eu abordava a pessoa sozinha e aí ia abordando essas estratégias, entendendo o que a pessoa já estava fazendo de estratégia de autocuidado de saúde mental e cuidados com a família, preocupação, ia abordando e além desses espaços de fala quando os servidores precisavam e precisam a gente tem um espaço para os servidores e os familiares para a acolhida e escuta individual e um acolhimento bem especificado que é o plantão psicológico, um acolhimento breve, pontual e bem específico pra aquela demanda que está mais latente.</p>
<p>Girassol</p>	

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quadro 10 - Respostas à questão 10

“Como foi pra você psicologicamente lidar com essas novas demandas. Você teve alguma dificuldade?”

Participante	Resposta
Esperança	<p>É a ideia de quase todos né (risos) de fuga, ninguém queria trabalhar, mas diante de não ter opção foi ir e isolar no ambiente de trabalho, e assim como na faculdade a gente sempre tem as pessoas com quem tem mais afinidade então, e tá no plantão junto você acaba indo nas refeições junto um momento ali de conversar, então acabou isso, a gente não pode ficar indo nos setores uns dos outros, então não só a vida social a vida fora do hospital era solitária mais a vida dentro do hospital também era solitária, ainda mais pra nós que não dividimos sala com outro setor e fazemos plantão de um profissional só, então tinha essa solidão só ficava estudando, então não era uma alternativa não vim, a princípio suspenderam nossas férias a não ser quem tinha as restrições pra pegar licença, então já que tinha que vim.. a minha primeira estratégia foi me distanciar da minha família meu contato foi só com meu esposo, eu não tive covid, não tive ainda até hoje ainda tenho alguns cuidados em termos de (não compreendi) é algo que eu faço por mim por respeito a mim e não sei se isso mas enquanto boa parte das pessoas já estavam com vida social normalizada a minha não estava, então acho que é isso a mudança foi mais fora do que aqui, da minha vida social do que aqui.</p>

Girassol	

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Quadro 11 - Respostas à questão 11

“Foi comentado sobre existir uma demanda muito comum de ansiedade, você sentiu essa diferença na hora de abordar as famílias, já que antes da pandemia eles sabiam que poderiam ter esse momento de despedida que é o velório, que é o comum pra gente, e depois como que as famílias ficavam sabendo que não iam poder ter esse momento de despedida, era uma ansiedade maior, uma angústia maior, um desespero maior?”

Participante	Resposta
Esperança	
Girassol	Com certeza, é uma situação muito ruim né, porque o velório é uma despedida né, é aquele momento de você vivenciar o luto na realidade né, aí a pessoa morre e aí você tem que pular esse momento é muito complicado, principalmente para aquela pessoa que não teve contato, por exemplo, no velório acontece muito de vir parentes de outras cidades, e aí nem esse contato com os familiares de outras cidades, porque por exemplo, “não vai ter velório então eu não vou” então eu percebi que as pessoas ficavam muito piores, muito mais arrasadas por conta disso, e até aquela questão né, que saiu até em jornais, jornal nacional, muitos vídeos, não sei se vocês tiveram oportunidade de ver, a questão da dúvida também, “será que essa pessoa morreu de covid mesmo?” “Será que ela morreu?” então tinha mais essa angústia né.

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

Na análise de dados, foram levantadas 5 (cinco) categorias pelo critério de repetição, relacionadas às 5 (cinco) perguntas norteadoras e às perguntas complementares que resultaram das mesmas, tal como aparece na Tabela:

Quadro 12 - Categorias temáticas

Pergunta	Categoria Temática
1) Como se deu sua atuação durante a pandemia?	O trabalhar com o (im)previsível: o medo e angústia
2) Você consegue destacar alguma diferença de sua atuação diante da morte antes e depois da pandemia?	A emergência de novos dispositivos de acolhimento
3) Quais os principais desafios que você encontra atuando como psicólogo(a) hospitalar?	Os desafios de uma prática na pandemia
4) Para você como é trabalhar com o processo de morte e morrer?	Trabalhar com a adversidade: a morte é uma realidade e uma certeza
5) Como você analisa o impacto desse trabalho na sua vida?	Aprender a dizer “não” e o “saber” lidar com o outro

Fonte: Respostas das entrevistas realizadas pelas autoras.

4 DISCUSSÃO

4.1 O trabalhar com o (im)previsível: o medo e angústia

Neste eixo temático, discute-se as formas de atuação do(a) psicólogo(a) hospitalar durante a pandemia, as quais, independente de como elas se caracterizaram, o que ficou evidente nas falas dos(as) participantes foi o fato de ter que trabalhar com o (im)previsível, ou seja, com uma realidade nunca antes vivenciada. Nesse sentido, na medida em que esses(as) profissionais tiveram que se expor de forma direta à possibilidade do contágio e a novos tipos de demandas, foi possível pensar em como essa nova realidade impactou na vida e no trabalho deles(as).

Frente às novidades que o contexto pandêmico trouxe, os(as) profissionais que estavam no grupo de risco tiveram a alternativa de se afastarem. Dos(as) três psicólogos(as) da instituição, nenhum(a) se enquadrou para afastamento, portanto, a equipe de psicólogos(as) do hospital continuou a mesma. Estes(as) tiveram que fazer algumas mudanças, de modo que deixaram de realizar a busca ativa nos leitos e passaram a atender mais urgência e emergência, além disso, houve a inserção da ala covid. De acordo com Teixeira et al. (2021), em seu trabalho intitulado “Tecnologia, pandemia e psicologia: possibilidades”, o contexto pandêmico fez emergir para os(as) trabalhadores(as) a necessidade do rápido aprendizado de novas tecnologias, o estabelecimento de novas formas de interação e comunicação entre as equipes e a adaptação da vida familiar e do trabalho.

Conforme o relato dos(as) participantes, a equipe tentou se organizar, deixando o período da manhã e uma parte da tarde para as ocorrências que pudessem acontecer de rotina, de urgência e emergência, maternidade e outras clínicas. Todos os dias, por volta das quinze horas, os(as) profissionais se paramentavam para atender toda a demanda da ala covid. Essa logística tinha por finalidade evitar uma contaminação cruzada, além de uma otimização dos equipamentos de proteção individual (EPI).

Dessa forma, vemos que a pandemia trouxe consigo uma demanda de reordenamento. Grincenkov (2020) traz que esse cenário lançou um desafio aos profissionais de saúde mental, a saber: a prevenção do adoecimento psíquico e a promoção da saúde mental em um contexto único, evidenciando a importância de um plano nacional de proteção à saúde mental em situações de pandemias que oriente tais práticas.

Ainda nesse eixo temático, surgiram nas falas dos(as) participantes as principais demandas que se apresentaram no período da pandemia, sendo elas a ansiedade, o medo e a angústia. Segundo Danzmann et al. (2020), verificou-se que, com a pandemia, as pessoas

frequentemente ficavam em estado de alerta, causando o surgimento de uma série de sentimentos e sintomas, como nervosismo, preocupação, estresse, incerteza, ansiedade e o medo que deriva da falta de controle frente a uma situação que é do imprevisível. Na fala de Esperança:

Na ala covid geralmente era ansiedade, medo, angústia. Eu costumo comparar muito, isso algo de uma percepção minha, a pessoa receber um resultado positivo para covid era quase como receber um positivo de uma biópsia, então muitas vezes a pessoa tava até bacana, “Não, não é não”, quando pegava, a pessoa já começava a sintomatizar muito mais, então já desencadeava o emocional, o que fazia muitas vezes a pessoa piorar, então eram mais relacionadas ao medo desse novo.

Sobre essa questão do imaginário e o adoecer, Angerami-Camon (2011), no livro “E a psicologia entrou no hospital” se debruça sobre a temática da configuração do imaginário no processo de hospitalização. O autor fala que o processo de adoecer, na quase totalidade dos casos, traz uma configuração de total falta de sentido, como se tudo que fosse preconcebido anteriormente desmoronasse (ANGERAMI-CAMON, 2011). Para exemplificar o autor cita casos de sujeitos que se descobrem soropositivos:

É o caso de muitas pessoas que possuem soropositividade, não apresentando nenhuma sintomatologia e que, entretanto, após saberem dessa condição em decorrência de algum exame casual e rotineiro, entram num estado de pânico total e não só passam a apresentar sintomas decorrentes da descoberta, como parecem num período curto de tempo, assim como também até mesmo ocorrência de outras doenças que embora não sendo letais trazem o espectro da morte pelo estigma de que são revestidos (ANGERAMI-CAMON, 2011 p. 186).

Ainda acerca do imaginário da doença, Susan Sontag (1978) também fala em “A doença como metáfora”, que a AIDS é uma doença “que leva pessoas a serem consideradas doentes antes de adoecerem, que produz uma série aparentemente inumerável de doenças-sintoma; e que leva muitos a uma espécie de morte social que precede a morte física” (p. 85).

Portanto, fica evidente como um diagnóstico pode ultrapassar sua significação enquanto mal físico e se tornar uma representação de significações subjetivas ou sociais, ocorrendo uma mudança do seu sentido próprio para o sentido figurado, como pode ser observado através da fala de Girassol, ao relatar a ansiedade e o medo da morte como demandas recorrentes do contexto pandêmico: “(...) a questão da ansiedade, o medo da morte ficou muito mais intenso, as pessoas encararam a covid como morte né, então as pessoas estavam entendendo a covid como morte já marcada (...)”. Nessa perspectiva, é possível afirmar que tal como o câncer e a AIDS, receber um diagnóstico de Covid, especialmente no auge da pandemia, era como receber uma sentença de morte.

O enquadre da pandemia trouxe muitas mudanças, em especial para os(as) profissionais da saúde, que foram submetidos a situações adversas, sendo necessário, por vezes, atuar em condições de trabalho insatisfatórias e estressoras (VILELA et al., 2021). Portanto, é imprescindível falar sobre os atravessamentos da pandemia na vida desses profissionais que tanto contribuíram nesse contexto, lidando diretamente com o sofrimento do outro.

Nesse cenário, em que a morte e a fragilidade humana foram escancaradas, os (as) participantes da pesquisa, apesar de se mostrarem confiantes para o trabalho, afirmaram também sentir medo e receio inicialmente, visto que não tinham a opção de não trabalhar. Além disso, foi abordado a questão da solidão não só na vida social fora do trabalho, como também dentro do hospital. De acordo com Teixeira et. al (2020) o medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos(as) pacientes ou a morte destes, bem como informações incertas, solidão e preocupações com entes queridos são aspectos que contribuem para o sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos(as) profissionais de saúde, levando, em alguns casos, à relutância em trabalhar. Nas palavras de Esperança:

É a ideia de quase todos né, de fuga, ninguém queria trabalhar, mas diante de não ter opção foi ir e se isolar no ambiente de trabalho (...) a gente não podia ficar indo nos setores uns dos outros, então não só a vida social, a vida fora do hospital era solitária, mas a vida dentro do hospital também era solitária (...).

Dessa maneira, é preciso uma maior atenção para os(as) profissionais que participaram dessa realidade e das emoções envolvidas nesse panorama, visto que a vulnerabilidade é posta em questão, não somente a física ou mental, mas aquela que integra as emoções e os limites a que uma pessoa está exposta.

4.2 A emergência de novos dispositivos de acolhimento

Nesse eixo temático, foram analisadas as alterações que ocorreram no que se refere à atuação diante da morte durante a pandemia. Verificou-se que há um consenso quando se fala em mudanças protocolares, ou seja, todos os procedimentos que eram realizados anteriormente continuaram durante a pandemia, no entanto, foram apresentados a necessidade de construção de novos dispositivos de acolhimento às famílias e à equipe multiprofissional, que levasse em consideração o momento incomum que passou a ser vivenciado durante a pandemia. No entanto, antes de discutirmos esses outros dispositivos emergentes, faz-se necessário apresentar, ainda que brevemente, o papel do(a) psicólogo(a) em relação aos familiares e à equipe de saúde.

Desde que a psicologia como profissão adentrou as unidades hospitalares, ela buscou reivindicar seu próprio espaço, não como um ajudante do médico, mas sim como profissional capacitado para lidar com o sofrimento manifesto no processo de adoecimento e morte. O foco da psicologia hospitalar não está dirigido apenas aos aspectos psicológicos porque esses não existem por si só, mas estão relacionados ao paciente, a família e as pessoas que compõem a equipe (SIMONETTI, 2004). Ainda segundo o autor, “além de considerar essas pessoas individualmente a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos” (p. 18).

Como visto, a família se constitui como um grupo de grande importância dentro da relação hospitalar. Segundo Romano (1999, p. 71) “a família é um sistema intercomunicante onde o comportamento de um indivíduo só pode ser entendido a partir do contexto de todo sistema grupal e do meio onde está inserido”. Tendo isso em vista, nota-se que o(a) psicólogo hospitalar, ao abordar uma família que acaba de saber da morte de um ente querido, deve se atentar não só ao que esses sujeitos demonstram no momento, mas também precisa buscar compreender qual era o papel da pessoa que se foi nesta construção familiar, buscando formas de acolhimento que contemplem as singularidades desses sujeitos.

O tempo de hospitalização ou mesmo o lidar com a morte dentro do hospital pode acarretar vivência de situações traumáticas, principalmente aos familiares que vivenciam a morte de um ente querido. De acordo com Kóvacs (2011, p. 485): “O fim da vida pode ser acompanhado de muito sofrimento, e pacientes e familiares podem se sentir abandonados.”

A perda e o luto afetam as pessoas, causando sintomas emocionais, como a depressão e a ansiedade, assim como sintomas físicos. Por isso, a importância que pode ter na prevenção destes sintomas, a oferta de apoio e o encorajamento aos familiares para que expressem seus sentimentos. (LISBOA; CREPALDI, 2003, p. 98)

A presença do(a) psicólogo(a) hospitalar no acolhimento à família se torna então fundamental, já que poderá funcionar como o diferencial nesse momento. Com sua compreensão teórica e habilidade técnica, a atuação do psicólogo junto às famílias será voltada ao acolhimento, apoio, enfrentamento da dor e sofrimento frente às perdas, e fortalecimento dos vínculos familiares. Velasco et al. (2012) apontam que não se trata de impor intervenções técnicas e padronizadas, mas sutilmente permitir que o sujeito possa expressar-se e ser protagonista de sua história, sentindo-se amparado e valorizado.

Dessa forma, o psicólogo tem como foco: auxiliar na reorganização egóica frente ao sofrimento; facilitar e trabalhar medos, fantasias, angústias, ansiedades; enfrentamento da dor, sofrimento e medo da morte do paciente; detectar e trabalhar focos de ansiedade, dúvidas; facilitar e incentivar vínculo com a equipe de saúde; detectar e reforçar defesas egóicas adaptativas, etc. Também importante é o trabalho do psicólogo na facilitação da comunicação da família com o próprio paciente, para que se possa, muitas vezes, auxiliar na solução de situações emocionais muitas vezes vividas como difíceis durante a convivência anterior ao advento da doença terminal. Não raro, se pode proporcionar elucidação de situações existenciais mal resolvidas, gerando alívio de culpas, ressentimentos e dores, frutos de relações neurotizadas pela convivência existencial prévia. (MENDES et al, 2009, p. 169)

Cabe ainda ressaltar que o(a) psicólogo(a) hospitalar deverá estar preparado para se adaptar aos momentos de crise, com intuito de facilitar o enfrentamento de todos a este difícil momento vivido. Apesar de o adoecer ser parte integrante da vida humana, nem sempre os profissionais estão totalmente preparados para lidarem com os diversos desafios que permeiam o campo da saúde, como a chegada de uma pandemia.

Diante das medidas de contenção de transmissão do vírus que foram implementadas durante a pandemia, como o isolamento social e o não contato, os modos de fazer esse acolhimento tiveram que ser ajustados a essa nova realidade, considerando as demandas daí advindas. De acordo com Zago *et al.*, (2021), a intervenção nesse momento de crise deve ser baseada no acolhimento do sujeito e de suas emoções, de forma sensível, empática, por meio da escuta ativa e qualificada. A morte por si só manifesta diferentes sentimentos nos sujeitos, como uma maior revolta, a não aceitação e maior inquietação.

Segundo Branco e Arruda (2020), com o avanço da pandemia, os(as) psicólogos(as) hospitalares passaram a acolher não só a angústia, o desespero, o medo de morrer, de perder entes próximos, ou mesmo a dignidade, mas também a dor que se manifesta através da tristeza, da sensação de total perda de controle, da restrição da liberdade e da privação do afeto. Esperança fala sobre como o alto número de óbitos fez com que as pessoas se aproximassem das questões relativas à morte: “Com a pandemia, esse volume maior de mortes aproximou mais, houve uma maior inquietação das pessoas, e uma maior revolta, inclusive de aceitação, por não ter esse processo de despedida.”

Frente a um cenário de tantas incertezas, Rodrigues (2016) destaca o quanto é importante manter uma comunicação sincera e verdadeira, que permita que o(a) enlutado fale de sua dor, com uma escuta que acolha o sofrimento, e respeite a sua dignidade. Assim, é possível identificar, no que diz respeito aos dispositivos e técnicas utilizadas por psicólogos(as) no atendimento aos familiares, que não houve modificações significativas, no entanto, esses profissionais tiveram que investir na busca por informações e formações que pudessem auxiliar no trabalho junto aos pacientes hospitalizados, seus familiares e amigos.

Nota-se que, mesmo ao descrever que não houve grandes alterações em sua atuação, algumas questões se tornaram mais intensas, da mesma forma que houve a necessidade de fazer um acolhimento a equipe hospitalar. Segundo Nascimento e Queiroga (2021) é fato que muitos(as) trabalhadores(as) da área de saúde que atuaram na linha de frente se depararam com sintomas psicológicos de estresse, depressão, ansiedade e insônia, além do aumento do risco de infecção, adoecimento e morte que são gatilhos para o adoecimento mental.

Os impactos na saúde mental desses trabalhadores(as) ainda não podem ser medidos, visto que estes(as) ainda têm enfrentado uma enorme pressão, ao passo que continuam se confrontando com o medo de se infectarem e infectarem os outros, além da sobrecarga de trabalho, o desgaste emocional por terem que lidar com inúmeros eventos estressores, a frustração e o isolamento. Portanto, estão expostos a um cenário que pode contribuir para o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos. Tais problemas não afetam apenas a atenção, a compreensão e a capacidade de tomada de decisão dos(as) trabalhadores(as), o que pode dificultar a luta contra a Covid-10, mas também podem ter um efeito duradouro em seu bem-estar geral, mesmo após o fim da pandemia (KANG et al., 2020).

Considerando as medidas de segurança estabelecidas a fim de conter a disseminação da covid-19, os(as) profissionais de psicologia também tiveram que lidar com a necessidade de indicarem novas estratégias e rituais de despedida. De acordo com Veiga e Krieger (2021), ritos são um conjunto de condutas, individuais ou coletivas, com relativa sequencialidade e precisam possuir representações mentais significativas aos praticantes ou espectadores. Os ritos de despedida representam, assim, um grande passo para a vivência do luto. Ainda conforme os autores, através de suas representações, essas cerimônias são adaptativas para as pessoas próximas do indivíduo falecido, podendo ser úteis na concretização da perda, facilitando sua aceitação e contribuindo no sentido de reafirmar o modo como foi vivida a vida do ente falecido.

Para Esperança:

Levar esses familiares a conscientização de que olha, realmente ele não vai voltar, de que não vai ter o velório da forma tradicional, mas que forma que eles gostariam de se despedir? Que forma eles gostariam que esse momento fosse vivenciado?

Girassol relatou: “Até mesmo a questão de despedir, até os velórios estavam proibidos, a pessoa não podia nem ter velório, então não tinha isso de se despedir, não tinha”. Os rituais de despedida são fundamentais na elaboração do luto e, durante a pandemia, diversos rituais alternativos foram desenvolvidos (MOORE et al, 2020). Ainda que feitos de forma virtual, por meio de chamadas de vídeos ou ligações telefônicas, os rituais alternativos podem ajudar a

simbolizar a morte do ente querido, favorecendo a reintegração cotidiana e social rompida pela mudança que a perda ocasiona (SOUZA & SOUZA, 2019). Como descreve Esperança: “Levar eles (familiares) a pensarem em estratégias de despedidas, estratégias de novos métodos para se despedir, talvez isso foi incrementado”.

Portanto, o uso das tecnologias tem também influenciado positivamente a elaboração do luto. Observa-se que a virtualidade tem contribuído com as relações sócio afetivas durante o período de isolamento e, ao mesmo tempo, serve como meio para manter o vínculo psíquico com o ente querido (VEIGA & KRIEGER, 2021).

4.3 Os desafios de uma prática na pandemia

Foram exploradas, neste eixo temático, os desafios no que concerne a atuação dos(as) participantes como psicólogos(as) hospitalares em tempos de pandemia. Foi possível perceber como a vivência do trabalho se diferencia para cada participante, na medida em que cada um(a) trouxe um desafio diferente. Enquanto Esperança trouxe a paramentação e a desparamentação como um “momento tenso” de sua atuação, Girassol relatou que o trabalho em equipe se apresentou como um grande desafio.

A compreensão de que o trabalho no hospital deve ser realizado em equipe é imprescindível. Romano (1999) afirma que não existe um saber absoluto, isolado, que dê conta do real do corpo, mas que se faz necessário a existência de um conhecimento interdisciplinar, multifacetado.

Na mesma direção, Santos e Sebastiani (2011) apontam, no que se refere ao trabalho em equipe, que ainda é possível identificar na prática dificuldades de interação, disputas de poder (objetivas ou subliminares), falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a ajuda que as demais especialidades possam dar à equipe. Na fala de Girassol: “(...) um dos principais desafios é isso, é mostrar para equipe que todo mundo é importante nesse processo (...)”. Para Santos e Sebastiani (2011), esses entraves, que dizem respeito à relação Equipe-Equipe, acabam por influenciar as relações Equipe-Paciente e Equipe-Família.

Girassol, ainda abordando sobre o trabalho em equipe, afirma que muitas vezes:

(...) quem percebe que aquele paciente ali tá precisando de um acompanhamento é o enfermeiro, às vezes naquele momento que a gente passa, a gente não tem a oportunidade de perceber porque a gente não faz o atendimento específico com todos né.

Frente a isso, fica evidente sobre como a integração da equipe de saúde é imprescindível, para que o atendimento e o cuidado alcance a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades dos usuários de hospitais gerais (FOSSI & GUARESCHI, 2004).

De acordo com Simonetti (2004), embora o objeto de trabalho do(a) psicólogo(a) hospitalar sejam os aspectos psicológicos em torno do adoecimento, não podemos conceber tal objeto de maneira isolada, pois estão encarnados em pessoas (do paciente, da família e da equipe de saúde). Ainda segundo esse autor, a psicologia hospitalar tem como objeto de trabalho não só a dor do paciente, “mas a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada pelos médicos” (SIMONETTI, 2004, p. 18).

No período da pandemia, os desafios relacionados ao trabalho em equipe se intensificaram, visto que as reuniões de planejamento e discussão de casos foram suspensas, Girassol relatou que:

Depois da pandemia a gente tem estudo de caso assim, por exemplo a gente tá com um caso que precisa de psicólogo, nutricionista, assistente social, aí a gente troca, a gente conversa sobre o caso, mas reunião a gente não tá fazendo, depois da pandemia a gente não fez mais. A gente faz o planejamento anual do sistema né, da secretaria, mas a gente reunir, sentar e fazer um planejamento depois da pandemia não foi mais possível fazer, estamos até precisando fazer.

Desse modo, considerando o(a) psicólogo(a) hospitalar como um facilitador do diálogo entre paciente, família e equipe, torna-se imprescindível a conscientização da equipe de saúde para o trabalho multidisciplinar. Campos (1995) traz que o psicólogo, nesse contexto, deve auxiliar para que todos tenham explícitas as suas funções, definindo objetivos, sendo o interlocutor dessa tríade (paciente, equipe e familiares). Ainda de acordo com essa autora, o relacionamento precário entre o paciente e a equipe de saúde pode acarretar em um maior sofrimento para determinados quadros.

Outro desafio que se apresentou nas entrevistas foi relacionado a paramentação. Segundo as “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais”, cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde, o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) é imprescindível para minimizar os riscos de contato de trabalhadores de saúde com o vírus SARS-CoV-2 (BRASIL, 2020). Diante disso, todos(as) os(as) trabalhadores(as) da saúde tiveram que se adaptar aos novos equipamentos que incluíam: toucas, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável de mangas compridas e luvas de procedimento. Na fala de Esperança:

(...) A paramentação e a desparamentação, é um momento tenso né, qualquer falha na paramentação eu poderia entrar na enfermaria e estar exposta, e na desparamentação

também porque se algum passo não fosse certinho ali e tivesse contato com alguma coisa poderia vir a contaminar (...)

Ainda se tratando dos desafios no que diz respeito ao uso dos EPIs, uma questão que se apresentou na fala de Esperança foi o sentimento de medo quando foi atender pela primeira vez na ala covid. Em contrapartida, o(a) profissional afirma que “ao entrar e estar diante do paciente tudo isso ia embora, “(...) porque ali estava um outro ser humano que estava com mais medo que eu, que estava preocupado, (...) porque eles também se viam como ameaça”. Segundo Horta et. al (2022):

Diante da exposição à doença e à real possibilidade de contaminação, o medo apareceu de diversas formas, mas emergiram duas principais categorias que pareceram aglutinar as manifestações: medo de contrair a doença, ou “pegar” a COVID-19, e medo de “passar”, ou seja, ser transmissor do vírus. (HORTA, et.al, 2022, p. 5).”

Apesar do novo cenário da pandemia ter surgido de repente e trazido com ele o medo, Esperança, ao mencionar como se dava seu contato com os pacientes, afirmou:

(...) eu conseguia deixar tudo isso, toda essa insegurança, e conseguia estar com o paciente, como eu sempre entrava de luva então se precisava do toque, se eu sentia a necessidade de pegar na mão, de muitas vezes um paciente mais acamado fazer um toque no rosto, no cabelo, na cabeça, fazia tranquilamente, então se eu precisava acalmar e ter esse toque no momento pra acalmar era bem tranquilo (...)

Ainda de acordo com Horta, et. al (2022), a atenuação desse sentimento de medo se dava na medida em que esses profissionais reconheciam sua importância naquele cenário, portanto, essa valorização e realização pessoal diante da profissão exercida eram importantes nesse momento. Além disso, os EPIs disponíveis, a convivência com os colegas e o apoio da família também se mostraram como fatores atenuantes do medo presente no hospital.

4.4 Trabalhar com a adversidade: a morte é uma realidade e uma certeza

Algo inerente ao trabalho do psicólogo hospitalar é o lidar com a morte e todas as singularidades que rodeiam esse período que determina não só o fim de uma vida, mas uma mudança em todo seu entorno. No quarto eixo, a questão apresentada aos entrevistados(as) foi acerca do trabalhar com o processo de morte e morrer. Observou-se que, apesar de ser um tema latente e vivido diariamente por esses(as) profissionais, ele é visto como algo pertencente ao trabalho, com o qual se tem que conviver.

Ao longo dos séculos, as formas de lidar e vivenciar a morte foram sendo alteradas de acordo com os novos rituais que foram surgindo e introduzidos na cultura de forma geral.

Principalmente com o grande avanço da ciência e tratamentos cada vez mais eficientes, a morte passou a ser vista como algo mais distante. De acordo com Pitta (2016), “na Idade Média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiães nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde” (p. 29).

Ao ser hospedada dentro das portas e paredes dos hospitais, a morte passa a ser responsabilidade dos(as) profissionais de saúde, fazendo com que esta realidade permaneça presente entre o cotidiano de trabalho desses(as) profissionais. Para a psicologia, esse trabalho será voltado principalmente ao acolhimento da dor e sofrimento apresentados por familiares e amigos ali presentes e, em alguns casos, da própria equipe. Seja na relação com o próprio paciente que se aproxima da morte, como em casos terminais, no lidar com a família ou a equipe, o(a) psicólogo estará envolvido(a) no processo de morte e morrer.

Na história, foi a partir do final da década de 70 que iniciou a ampliação da oferta de vagas para psicólogos na área da saúde incentivados pelo contexto atual do país e a ampliação de políticas públicas que passaram a atuar em defesa das equipes multiprofissionais privilegiando diversas profissões, entre elas a psicologia (PEREIRA, 2003). Dessa forma, a psicologia passa a ganhar espaço dentre os corredores dos hospitais gerais, reivindicando para si diversas responsabilidades que ultrapassam o cuidado com os aspectos psicológicos dos adoentados, dirigindo-se também para os aspectos relacionados à morte.

Mesmo em um mundo em que diversas causas podem levar à morte, sejam elas provenientes do próprio corpo humano ou exterior a ele, o fato é que, com os progressos da terapêutica e cirurgia, sabe-se cada vez menos quando uma doença grave será mortal ou não. As possibilidades de escapar de qualquer vaticínio são muitas, portanto, é melhor silenciar que arriscar palpites (PITTA, 2016).

Contudo, por ser algo intrínseco à existência humana, a morte se fará presente em algum momento. Cabe ao(à) psicólogo(a) não só acompanhar o sujeito em seus momentos finais de vida, como também fazer o acolhimento daqueles que ficaram. De acordo com Angerami-Camon et al. (2003) o conflito entre a morte e o viver afeta não só o paciente, mas também o(a) profissional de saúde. Quanto ao(à) psicólogo(a), seus sentimentos poderão ser afetados pela história de vida do acamado e a observação de todo o sofrimento da família, podendo interferir diretamente na qualidade de seu trabalho.

E no contexto hospitalar, o psicólogo constantemente é solicitado para amenizar e ouvir o sofrimento de familiares de pacientes que faleceram ou manter contato direto com pacientes terminais que repentinamente podem morrer. Daí a importância de se falar

no estado mental do psicólogo hospitalar, visto que lidar com os aspectos emocionais do outro pode causar exaustão emocional, doenças psicossomáticas e problemas interpessoais que interferem na efetividade do trabalho do profissional, ainda mais quando esse contato está no limiar das emoções daqueles que lidam com a morte no dia-a-dia (OLIVEIRA; ABRANTES, 2010, p. 6)

Em se tratando da covid-19, por ser uma doença que ainda não possui formas de tratamento concretas, e com o rápido avanço da pandemia, em muitos casos o diagnóstico positivo era visto como uma sentença de morte, principalmente quando era necessária a internação. Diante desse novo cenário, os(a) psicólogos(as) atuantes nos hospitais tiveram que lidar com a mesma angústia de pacientes, familiares e amigos diante da morte, porém acrescentou-se a esses momentos, as incertezas, a falta de informações concretas, novos protocolos de segurança e o distanciamento. Como descreve Girassol: “A morte é certeza, agora o que nós vamos fazer com as incertezas?”.

Se deparar com todas essas mudanças também pode ser um fator estressante para os(as) psicólogos(as) que, assim como os(as) demais profissionais da saúde, tiveram que se adaptar rapidamente a essa nova realidade. Girassol relata que “a princípio houve um pouco de improviso né, todo mundo ficou um pouco perdido, sem saber para onde ir, aí a gente foi se adequando de acordo com o que foi acontecendo, não só a psicologia como a equipe toda.” De acordo com Vilela et al. (2021) esse cenário de exposição de um elevado volume de informações e, parte delas, com conteúdo sem comprovação científica, proporcionou um grande desafio, principalmente, aos profissionais da saúde que tiveram a saúde mental comprometida na pandemia da covid-19.

Mesmo sendo visto como algo que pertence à realidade da profissão, é importante que o(a) psicólogo(a) hospitalar esteja ciente do impacto que tal atividade poderá ter na sua vida profissional e pessoal, pois lidar com a morte coloca esses profissionais constantemente frente a própria finitude. França e Batomé (2005) consideram que a confrontação contínua com o processo de morrer, com a morte e com o luto é uma realidade habitual na vida dos profissionais de saúde, que nem sempre estão preparados para lidar com esse fenômeno, levando-os assim a pensar na sua fragilidade e, por fim, na sua própria morte.

Não se apresentou na fala dos(as) entrevistados(as) algum dispositivo ou instrumento utilizado para auxiliar nesse processo de lidar com a morte e o morrer, no entanto, é importante que o(a) psicólogo(a) enquanto profissional de saúde possua espaços para expressão de suas angústias, medos, desejos e satisfações que permeiam sua prática profissional.

4.5 Aprender a dizer “não” e o “saber” lidar com o outro

Quanto ao quinto e último eixo temático, este surgiu a partir do questionamento a respeito do impacto do trabalho no hospital durante a pandemia na vida dos(as) profissionais entrevistados(as). Considerando as mudanças no que tange a rotina, ao medo da contaminação, ao isolamento social, é possível pensar nos efeitos que esse contexto trouxe para vida desses(as) profissionais. Apesar de todas as situações vivenciadas na pandemia, as falas dos(as) participantes apontaram fatores positivos decorrentes desse cenário.

Na fala Esperança, a pandemia possibilitou que ele(a) aprendesse a se respeitar mais e, consequentemente:

trouxe essa permissão pra dizer não, (...) ou eu ia pra agradecer os outros ou enfrentava, encarava e talvez ficasse de paranóica, e tudo bem (...) isso me fez até mais seletiva em termos de quem respeita as minhas opiniões e quem não respeita.

Portanto, a fala de Esperança evidencia um fator positivo, na medida em que mesmo com a vivência de momentos complexos, foi possível tirar algo bom da sua experiência. Já Girassol relatou: “no início da pandemia eu senti muita dificuldade, muita, (...) a gente vendo um monte de óbito mesmo, de pessoas conhecidas, de familiares, de amigos, então nesse momento teve sim um baque, uma desorganização”. Nesse sentido, de acordo com o(a) profissional, a pandemia evidenciou os impasses do lidar com o outro: “a gente tá o tempo todo lidando com o outro, e isso não é fácil, em todos os sentidos, é o outro enquanto colega, o outro enquanto cliente, paciente”.

Apesar de Girassol afirmar não ser uma tarefa fácil essa questão de lidar com o outro, declara ser muito feliz nessa profissão. Sobre esse sentimento de realização, mesmo em um trabalho tão intenso como o do hospital, Pitta (2016) diz que:

Para entender alguns mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho em hospitais se instituiu e mant m, apesar do trabalho duro de esforço físico e do penoso, lidar com dejetos e situa es mais desfavoráveis dos usuários dessas institui es, parece ter na sublima o uma forma de lidar com pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividades socialmente reconhecidos e possibilitando a realiza o transaccional do desejo num caminho alternativo   repressão. (PITTA, 2016, p. 74)

Ainda segundo a autora, o inconsciente faz possível um prazer naquelas atividades que, pela presença de prazer aliado   valoriza o narcisista, se podem chamar de sublimadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo identificar as formas de atuação do(a) psicólogo(a) diante da morte no hospital no período da pandemia. Para isso, foram realizadas entrevistas com profissionais que tivessem experiência no contexto em questão. A partir das entrevistas foi possível compreender como esses profissionais abordam e acolhem sujeitos enlutados, buscando respeitar a realidade de cada um(a), evidenciando a importância da psicologia no contexto hospitalar, na medida em que esta se apresenta como um suporte em um momento de tamanha fragilidade. Além disso, foi possível identificar os reflexos desse trabalho na vida dos profissionais entrevistados, tendo em vista que cada um(a) pôde trazer um pouco dos atravessamentos da profissão na sua vida. Portanto, de modo geral, os objetivos da pesquisa foram alcançados.

Ao serem questionados acerca de como é trabalhar com processo de morte e morrer e como essas novas experiências os(as) afetam psicologicamente, os(as) profissionais puderam expor suas percepções em relação ao seu próprio trabalho. Logo, considerando que o problema de pesquisa proposto foi um questionamento sobre quais os significados atribuídos pelo(a) psicólogo(a) hospitalar referente à sua atuação diante da morte no contexto da pandemia da covid-19, pode-se dizer que este foi respondido.

Através das falas dos(as) participantes foi possível perceber o quanto o trabalho no hospital é guiado conforme às circunstâncias, de maneira a considerar as singularidades de cada caso. Apesar de ser um processo natural da vida, a morte é uma realidade temida, e por isso a necessidade de pensar e falar sobre essa temática, para que a partir de reflexões e diálogos, seja possível pensar formas de acolher o sofrimento decorrente da perda de alguém querido.

Pensar os aspectos relativos à morte e ao morrer, as características do luto e rituais de despedida se tornam de extrema importância nesse contexto por serem elementos influenciados por diversas variáveis sejam elas situacionais, individuais ou relacionadas à cultura local. Dessa forma, entender quais mudanças ocorreram a partir das restrições impostas pela covid-19; e como estas influenciaram a vivência desses rituais se torna indispensável, considerando o significado que o morrer tem para a sociedade atualmente. Observou-se que apesar de ser algo pertencente à nossa realidade, a morte sempre irá causar uma certa desorganização, sendo que a forma de lidar com essa desordem é muito particular de cada um(a).

Ademais, a pesquisa contribui ao demonstrar como é fundamental a atuação do profissional de Psicologia no acolhimento daqueles que demandam esse atendimento, como também para facilitar o processo de atendimento hospitalar para o(a) paciente que se via

isolado(a) de todos(as) e de familiares e amigos na elaboração e vivência do luto, o que demonstra que, mesmo em uma situação complexa em meio a diversas restrições, o(a) profissional de psicologia tem um papel de grande relevância diante da própria equipe, pacientes, familiares e amigos.

É fato que muitos(as) trabalhadores da área de saúde que atuaram na linha de frente se depararam com sintomas psicológicos como estresse, depressão, ansiedade, dentre outros sintomas. Assim, a partir do exposto, fica evidente que esses(as) profissionais que atuaram durante a pandemia por covid-19 ainda precisam de um maior suporte governamental, através de treinamentos, informações atualizadas e principalmente uma maior valorização da categoria profissional.

É possível inferir que, por se tratar de uma pesquisa que aborda sobre uma realidade muito atual, a contribuição deste trabalho se dá na medida em que, a partir dele, foi possível entender como esses(as) profissionais de psicologia foram afetados neste período, quais transformações tiveram que ser feitas no trabalho que já desenvolviam, e como se deu os aspectos relativos ao lidar com a morte e a vivência do luto.

Apesar da situação de pandemia ter sido controlada, ainda estamos vivenciando um enfrentamento a essa doença, dessa forma, essa pesquisa também se mostra importante ao dar espaço para que esses(as) profissionais compartilhem seus medos, conflitos e vivências, possibilitando que outros(as) profissionais, ao se depararem com esse material, possam se sentir compreendidos, contemplados ou até mesmo que consigam basear sua atuação a partir das experiências desses(as) profissionais que foram entrevistados(as). Ademais, é importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do(a) participante da pesquisa.

Diante dos relatos apresentados podemos pensar em novas formas de atuação na área da psicologia hospitalar em situações de crise e pandemia, contribuindo para um suporte técnico e fonte de conhecimento aos(às) psicólogos(as) e estudantes de psicologia. Verifica-se ainda mais a importância dos rituais para o processo de elaboração do luto, como também a emergência de criação de novos dispositivos de acolhimento, especialmente nos casos de isolamento social.

Este trabalho trouxe à tona que a pandemia da Covid-19 trouxe alguns desafios no que tange às estratégias de assistência, principalmente nos casos envolvendo morte e terminalidade, devido ao isolamento e a impossibilidade da realização de um atendimento junto ao leito. A tecnologia, como o uso de *smartphones*, veio agregar de maneira considerável nesse panorama, trazendo para perto quem está longe, seja o(a) psicólogo(a), a equipe de saúde em geral e os

familiares. Esse tipo de tecnologia proporcionou alívio tanto aos(às) profissionais que, muitas vezes, sentiam-se impotentes e desamparados(as) no que diz respeito à sua atuação quanto aos familiares que, mesmo tristes e abalados com perda de um ente querido, puderam se despedir de um jeito não tradicional, mas não menos importante.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, pudemos constatar o quanto o trabalho da psicologia se faz importante diante das situações de morte no hospital, posto que através da palavra e da escuta, o(a) psicólogo(a) poderá possibilitar que o hospital, para além de suas funções, seja um ambiente acolhedor e terapêutico.

Isto posto, não somente no decorrer das entrevistas, mas em todo percurso metodológico, foi possível uma maior aproximação com a área da Psicologia Hospitalar, possibilitando uma melhor visualização da prática. É importante mencionar que todo o processo da pesquisa oportunizou reflexões acerca de nossas próprias perdas, e de como independente do local de trabalho, teremos que lidar com essa temática. Nesse sentido, todo o conteúdo exposto poderá contribuir para embasar possíveis intervenções diante da morte e do morrer, visando contemplar um cuidado integral com o(a) paciente, equipe e o próprio profissional.

Desenvolver essa pesquisa foi para além do que era esperado, pois a partir da realização das entrevistas com esses(as) profissionais, adentramos em temáticas que, até o momento, não tinha sido apresentadas, como as experiências vividas junto aos(às) pacientes, familiares e a equipe multiprofissional. Portanto, foi muito proveitoso ter contato com o cotidiano desses(as) profissionais, entendendo como se dá a prática da psicologia hospitalar e como o trabalho desses(as) profissionais vem demonstrando sua importância nesse meio.

REFERÊNCIAS

- APA - American Psychological Association. **Página oficial da Associação**, 2003.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.
- ARIÈS. P. **Sobre uma história da morte no Ocidente, desde a Idade Média**. Lisboa: Teorema, 1977.
- ANGERAMI-CAMON, V. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 2003. AZEVEDO, A. V. S.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.) **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira. 2011.
- CREPALDI, M. A. A psicologia no Hospital Geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.33, p. 573-585, 2016.
- BARDIN, L (2011). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOGDAN, R. C. BIKLEN, S. K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora, 1994.
- BRANCO, A. B. A. C.; ARRUDA, K. D. S. A. Atendimento psicológico de pacientes com COVID-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, p. 335-356, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação**. 2005. Recuperado em outubro 20, 2021, de <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrm-2-2012.html>
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, n. 112, p. 59 - 62.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília, 2020.
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. C. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CASELLATO, G. **O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido**. Editora Summus. São Paulo, 2015.

CASTRO, E. K. & BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.24, p.48-57, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. v. 1. Brasília. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 014/00, de 20 de dezembro de 2000. **Institui o título profissional de especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro**. Brasília: Autor, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 02/2001, de 10 de março de 2001. **Altera e regulamenta a resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em Psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais**. Brasília: Autor, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução, CFP nº 016/2000 de 20 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos**. " *Projeto sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos*. 2000.

DAL FORNO C., & MACEDO, M. M. K. (n.d.). **Pesquisa Psicanalítica: Da transferência com a Psicanálise à produção do Ensaio Metapsicológico**. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online], v. 37, 2021. [Acessado 8 Novembro 2022] , e37406. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37406>>. Epub 20 Out 2021. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37406>.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.

DANZMANN, P. S.; SILVA, A. C. P.; GUAZINA, F. M. N. Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. *Journal of Nursing and Health*, v. 10, n. 4, 2020.

OLIVEIRA, F. G. N.; ABRANTES, D. S. O autocuidado do psicólogo hospitalar frente à finitude de seus pacientes. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, v. 3, n. 2, p. 18-26, 2020.

FORTIN, M. F. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusociência, 2009.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004.

FRANÇA, M. D; BATOMÉ, S. P. É possível uma educação para a morte? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, set./dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300024>

FRANCO, M. H. P. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Luto em cuidados paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Org.). *Cuidado paliativo*, 2008. p. 559-570.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia:** Processo de luto no contexto da covid-19. *Ministério da Saúde*, 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-covid-19.pdf>.

GRINCENKOV, Fabiane Rossi. A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. **Hu Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020.

HORTA, Rogerio Lessa et al. “Pegar” ou “passar”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, p. 24-31, 2022.

JAPIASSÜ, H. **Nascimento e morte das ciências humanas**. Livraria F. Alves Editora, 1978.

JIANG, X., DENG, L., ZHU, Y., JI, H., TAO, L., LIU, L., YANG, D., & Ji, W. **Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai**. *Psychiatry Research*, In Press, 2020.

KANG, Lijun. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, London, UK v. 7, n. 3, p. e14, 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>.

KOVÁCS, Maria Júlia. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, p. 482-503, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=en&nrm=iso

KOVÁCS, Maria. Julia. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**, 1981.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1996.

LI, Z., Ge, J. YANG, M. FENG, J. QIAO, M. JIANG, R. YANG, C. **Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control**. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020.

LISBOA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de Despedida em Familiares de Pacientes com Prognóstico Reservado. **Revista Paidéia**, v. 13, n. 25, p. 97-109, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000200009&lng=en&nrm=iso

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos:** conceito, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 14-19.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 out. 2022.

MOORE, Katie *et al.* **Key considerations: dying, bereavement and mortuary and funerary practices in the context of COVID-19.** Institute of Development Studies, Brighton, SSHAP, 2020, Brief, p.1. Disponível em: <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/15236>

NASCIMENTO, A. S.; QUEIROGA, J. Impactos psicológicos enfrentados por profissionais da saúde na linha de frente no combate à covid-19. *In: RIBEIRO, N. P. O. JUNIOR, N. R. KRIEGER, S. Psicologia e Pandemia: Possibilidades.* Campo Grande: Editora Inovar, 2021. p.16 - 27 .

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF. OPAS, 2020.

PEREIRA, Fernanda Martins. **A inserção do Psicólogo no Hospital Geral: a construção de uma nova especialidade.** 2003. 104 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PITTA, A. M. F. **Hospital dor e morte como ofício.** 7ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social, Métodos e Técnicas.** São Paulo: Editora Atlas, 2010.

RODRIGUES, Vânia Maria Amaral. Uma revisão da literatura acerca do processo de elaboração do luto no sistema familiar e os manejos usados por psicólogos nesse contexto. **Psicologia. pt o portal dos psicólogos**, v. 5, 2016.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROMANO, B. W. **O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento da arte no Brasil.** São Paulo: Vetor Editora, 2017.

SANTOS, C. T. SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. *In: ANGERAMI-CAMON, V. A. E a psicologia entrou no hospital.* São Paulo: Cengage Learning, 2011. p. 147-180.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história,** 2003. [versão eletrônica]. Disponível em <www.nemeton.com.br>.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SONTAG, S. **A Doença como Metáfora.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUZA, C. P.; SOUZA, A. M. Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [online]. v. 35, 2019, DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35412>. Acessado 15 Setembro de 2022.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TEIXEIRA, M. M. FARIAS, S. R. RIBEIRO, N, P, O. Tecnologia, Pandemia e Psicologia: Possibilidades. *In*: RIBEIRO, N. P. O. JUNIOR, N. R. KRIEGER, S. **Psicologia e Pandemia: Possibilidades**. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. p. 131 - 140.

VEIGA, S.; KRIEGER, S. Morte e luto no contexto da pandemia de covid-19. *In*: RIBEIRO, N. P. O. JUNIOR, N. R. KRIEGER, S. **Psicologia e Pandemia: Possibilidades**. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. p. 36 - 48.

VELASCO, K.; RIVAS, L. A. F.; GUAZINA, F. M. N. Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 13, n. 2, p. 243-255, 2012.

VILELA, Beatriz. Pereira *et al.* Saúde mental dos profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19. *In*: RIBEIRO, N. P. O. JUNIOR, N. R. KRIEGER, S. **Psicologia e Pandemia: Possibilidades**. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. p. 121 - 130.

WANG, S. S., TEO, W. Z., YEE, C. W., & CHAI, Y. W. **Pursuing a good death in the time of COVID-19**. *Journal of Palliative Medicine*, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Knowledge into Action Palliative Care. Cancer Control**, 2007. p. 1-42. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=C3E11870D89E18DAED6CE04DC7C0D0FF?sequence=1.

ZAGO, Karine Santana de Azevedo et al. Cuidado Multiprofissional online em Saúde Mental na pandemia da COVID-19. **Revista do NUFEN**, v. 13, n. 3, p. 51-60, dez. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 set. 2022.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Como se deu a sua atuação durante a pandemia?
2. Você consegue destacar alguma diferença em sua atuação diante da morte, antes e depois da pandemia?
3. Quais os principais desafios que você encontra atuando como psicólogo hospitalar?
4. Para você, como é trabalhar com o processo de morte e morrer?
5. Como você analisa o impacto desse trabalho na sua vida?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da Pesquisa **A ATUAÇÃO DO(A) PSICÓLOGO(A) HOSPITALAR DIANTE DA MORTE: UMA PRÁXIS NA PANDEMIA**, sob a responsabilidade do/a pesquisador/a Dra. Jamile Luz Moraes Monteiro, a qual pretende investigar como se deu a atuação do psicólogo hospitalar na pandemia. Sua participação é voluntária e se dará por meio de sua participação em uma entrevista, via sala virtual do google meet que terá como base um roteiro com as seguintes perguntas: 1) Como se deu a sua atuação durante a pandemia?; 2) Você consegue destacar alguma diferença em sua atuação diante da morte, antes e depois da pandemia?; 3) Quais os principais desafios que você encontra atuando como psicólogo hospitalar?; 4) Para você, como é trabalhar com o processo de morte e morrer?; e 5) Como você analisa o impacto desse trabalho na sua vida?

É possível que, durante a realização da entrevista, ao relatar suas práticas diante da morte no hospital em contexto de pandemia da COVID-19, você possa revelar condições de trabalho no âmbito institucional. Além disso, aponta-se a possibilidade de você apresentar desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Além disso, pode acontecer de se sentir mobilizado (a) com situações que vivenciou na execução de suas atividades. Todavia, é dever do pesquisador a atitude empática e acolhedora para com o (a) participante, bem como prezar pela ética ao preservar a identidade do (a) participante e o sigilo de informações, a fim de não prejudicá-lo (a) e nem expor sua imagem diante da instituição. Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso de ferramentas digitais. Assim, visando potencial risco de violação da confidencialidade dos dados, uma vez que as entrevistas serão gravadas e depois transcritas, é importante salientar que serão retirados das redes todos os registros usados durante a pesquisa, como a “nuvem” de armazenamento.

Se você aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para a área de atuação referente à psicologia hospitalar e dos (as) demais profissionais e estudantes que seguirão a mesma área. Esse estudo visa contribuir como suporte técnico e fonte de conhecimentos a psicólogos (as) e estudantes de psicologia. Conhecimentos estes que poderão, também, servir para embasar suas possíveis intervenções diante da morte e do morrer, de modo a contemplar um cuidado integral com paciente, equipe e o próprio profissional. Ademais, é importante ressaltar o efeito catártico que uma entrevista dessa ordem proporciona promovendo um certo sentimento de alívio de tensão do (a) participante da pesquisa.

Se depois de consentir sua participação, você desistir de continuar participando desta pesquisa, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da mesma, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Entretanto, se tiver alguma despesa decorrente desta pesquisa será totalmente ressarcido pelo pesquisador/a responsável. O meio de ressarcimento deverá ser estabelecido a partir de acordo deliberado por ambas as partes. (não sei se precisa disso, ou se

podemos só deixar essa parte de baixo) Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o/a pesquisador/a no seguinte endereço: Quadra 304 Norte, alameda 01, lote 01, apt. 601 bloco 3. CEP 77006-352, Bairro Plano Diretor Norte ou pelo endereço profissional: Av. Lourdes Solino, 195 Setor 25 Universitário, Miracema do Tocantins (CEP 77050-000) pelo telefone (63) 3366-8602 e (91)98807-6635 (telefone pessoal).

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o (a) Sr. (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT. O CEP foi criado para defender e garantir os seus interesses como participante da pesquisa. Ele possui a obrigação de avaliar os aspectos éticos da pesquisa, tanto no seu planejamento, como na sua execução. Caso seja necessário, você poderá entrar em contato com o CEP da UFT através do telefone (63) 3232-8023, pelo e-mail: cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO. Os horários de atendimento são: segundas e terças-feiras, das 14h às 17h e quartas e quintas-feiras, das 9h às 12h. Nas sextas-feiras, não há atendimento ao público. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado sobre o que o/a pesquisador/a quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Pesquisador/a Responsável

Data: ____/____/____