



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA- IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**Assistência Hospitalar em Contexto Pandêmico: Contribuições para a
Psicologia da Saúde**

Hugo Marques Correia

Brasília

Abril, 2025



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA- IP
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**Assistência Hospitalar em Contexto Pandêmico: Contribuições para a
Psicologia da Saúde**

Hugo Marques Correia

Tese de doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília

Abril, 2025

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília - Presidente da Banca

Profa. Dra. Lilian Maria Borges

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - Membro Titular Externo

,

Profa. Dra. Graziela Sousa Nogueira

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal - Membro Titular Externo

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz

Universidade de Brasília - Membro Titular Interno

Prof. Dr. Nelson Iguimar Valério

Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto – Membro Suplente

A pandemia representa uma rara janela de oportunidade
para refletir, reimaginar e resetar o mundo.

Klaus Schwab

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, autor e consumador, condutor e possibilitador de tudo que poderia pensar, planejar e fazer.

À minha família, incentivo antes dessa jornada do doutorado, sustento durante e celebração na conquista da conclusão. Por vocês, com vocês e nada faria sentido sem vocês. Minha esposa Adriana, que me ofertou o apoio que me permitiu saltar e ombro para descansar e acreditou em mim e neste processo antes de qualquer um, até eu mesmo, e que esteve por todos os lados e por todos os meios me fazendo ser sempre melhor, somos feitos muito para nós dois.

À minha filha Gabriela, aquela pessoa que a existência dela transformou a minha, quem me fez olhar para o mundo de uma forma mais responsável pois quero sempre o melhor para a minha filha, então quero um mundo melhor, e que todo conhecimento que eu adquirir e experiência que tiver, vou reverter em ações que possam melhorar o lugar que vamos viver como família.

Aos meus pais, à minha mãe a qual sempre demonstrou que ser solidário e servir o próximo sempre será virtuoso, e ao meu pai (*in memorian*) que um dos muitos legados foi o de que se algo merece ser feito, precisa ser bem feito. Ao irmão Bruno, parceria constante, de sangue e para a vida.

A minha orientadora, Profa. Eliane, que desde os primeiros instantes até os últimos demonstrou uma postura rica e admirável em uma combinação perfeita entre conhecimento técnico e científico extraordinários, uma humanidade e humildade no compartilhar sua riqueza que nos constrangem, sendo que esta poderosa combinação sempre me foi ofertada de uma forma disponível e simpática.

Resumo

A ocorrência de uma pandemia, exemplificada pela covid-19, exerce um impacto na saúde populacional impondo um cenário de emergências e desastres, incidindo em distintas e imediatas exigências que repercutem de forma compulsória em todo o sistema de saúde no país, em usuários e equipes multidisciplinares. A psicologia da saúde assume sua responsabilidade de atuação nos hospitais que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e, consequentemente, demandou esforços de atuação adaptada por parte dos/as psicólogos/as mediante estratégias teóricas e técnicas, que respondam à intensidade, ineditismo e agressividade do evento pandêmico. O objetivo da pesquisa foi descrever e analisar as práticas profissionais que o/a psicólogo/a implementou (ou está implementando), em unidades hospitalares públicas de saúde do Estado de Tocantins, comparando o seu repertório comportamental laboral nos períodos pré, intra e pós-pandemia. Os objetivos específicos foram: investigar os fundamentos teóricos e os recursos técnico/metodológicos utilizados para a adaptação das práticas profissionais para fazer frente às emergências hospitalares; identificar as possíveis heranças desses modos de atuação em um mundo profissional da psicologia no pós-pandemia. Foram realizadas entrevistas com 11 psicólogos que atuaram durante a pandemia em hospitais públicos situados em diferentes municípios do Estado do Tocantins, com base em roteiro elaborado para a pesquisa. Por meio de metodologia qualitativa delineada por princípios da Teoria Fundamentada nos Dados em sua perspectiva construtivista, o conteúdo das entrevistas foi analisado e comparado em seguidas imersões ao material coletado, seguindo o processo de codificação e organização em categorias que, após refinamento, resultaram em um modelo teórico composto por conhecimentos acerca do repertório comportamental dos/as psicólogos/as no enfrentamento da covid-19. Os resultados foram distribuídos nos períodos pré-pandemia, intra-pandemia e pós-pandemia, articulados aos eixos Processos (práticas profissionais, teorias, técnicas e fontes de conhecimento acessadas), Contexto (ambiência de interações, interações, relações profissionais e interpessoais) e Pessoas (singularidades e vivências pessoais na pandemia), constituindo nove agrupamentos de dados, totalizando 61 categorias. Os resultados revelaram as adaptações para o enfrentamento da pandemia, as práticas e vivências pessoais na relação com familiares, equipe multi e comunidade, agravos psicoemocionais como ansiedade, isolamento e inseguranças presentes no período intra e pós-pandemia e utilização do isolamento como mecanismo psicológico. Merece menção ainda desafios impostos à realização das práticas da psicologia dentro do hospital, fontes de conhecimento acessadas como recursos orientativos de rotinas profissionais, bem como práticas que foram incorporadas no período pós-pandemia como utilização de tecnologias de informação e comunicação (TICs) e uma nova dinâmica de relação com as equipes multi, além da percepção acerca da qualificação referente à atuação da psicologia durante a pandemia. A psicologia das emergências e desastres foi referenciada como campo de estudo que se equipara teórica e tecnicamente à psicologia da saúde, permitindo aproximações e mútuas contribuições a partir dos dados obtidos. É profícuo e oportuno gerar conhecimento empírico acerca das práticas e modos de atuação dos/as psicólogos/as, adaptados e/ou desenvolvidos em ambiente hospitalar sob efeito do contexto pandêmico, tendo por base os desafios propostos e as estratégias implementadas pela psicologia da saúde, propiciando competências técnico-científicas para futuros possíveis contextos de pandemias, emergências e desastres.

Palavras-chave: Psicologia da saúde; Pandemia; Ambiente hospitalar; Prática profissional do psicólogo; Psicologia das emergências e desastres; Teoria fundamentada nos dados.

Abstract

The occurrence of a pandemic, exemplified by COVID-19, has an impact on population health, imposing a scenario of emergencies and disasters, resulting in distinct and immediate demands that have mandatory repercussions on the entire health system in the country, on users and multidisciplinary teams. Health psychology assumes its responsibility to work in hospitals that make up the Unified Health System (SUS) and, consequently, has demanded adapted efforts on the part of psychologists through theoretical and technical strategies that respond to the intensity, novelty and aggressiveness of the pandemic event. The objective of the research was to describe and analyze the professional practices that psychologists implemented (or are implementing) in public health hospitals in the State of Tocantins, comparing their work behavioral repertoire in the pre-, intra-, and post-pandemic periods. The specific objectives were: to investigate the theoretical foundations and technical/methodological resources used to adapt professional practices to deal with hospital emergencies; to identify the possible legacies of these modes of action in a professional world of psychology in the post-pandemic period. Interviews were conducted with 11 psychologists who worked during the pandemic in public hospitals located in different municipalities in the State of Tocantins, based on a script prepared for the research. Using a qualitative methodology outlined by principles of Grounded Theory in its constructivist perspective, the content of the interviews was analyzed and compared in successive immersions to the collected material, following the process of coding and organization into categories that, after refinement, resulted in a theoretical model composed of knowledge about the behavioral repertoire of psychologists in coping with COVID-19. The results were distributed in the pre-pandemic, intra-pandemic and post-pandemic periods, articulated to the axes Processes (professional practices, theories, techniques and sources of knowledge accessed), Context (environment of interactions, iterations, professional and interpersonal relationships) and People (singularities and personal experiences in the pandemic), constituting nine data groupings, totaling 61 categories. The results revealed adaptations to cope with the pandemic, personal practices and experiences in relationships with family members, multidisciplinary teams and the community, psycho-emotional problems such as anxiety, isolation and insecurities present in the intra- and post-pandemic periods, and the use of isolation as a psychological mechanism. Also worthy of mention are the challenges imposed on the implementation of psychology practices within the hospital, sources of knowledge accessed as resources for guiding professional routines, as well as practices that were incorporated in the post-pandemic period, such as the use of information and communication technologies (ICTs) and a new dynamic of relationships with multidisciplinary teams, in addition to the perception of the qualification regarding the performance of psychology during the pandemic. Emergency and disaster psychology was referenced as a field of study that is theoretically and technically equivalent to health psychology, allowing for approximations and mutual contributions based on the data obtained. It is fruitful and timely to generate empirical knowledge about the practices and ways of acting of psychologists, adapted and/or developed in a hospital environment under the effect of the pandemic context, based on the challenges proposed and the strategies implemented by health psychology, providing technical-scientific skills for future possible contexts of pandemics, emergencies and disasters.

Keywords: Health psychology; Pandemic; Hospital environment; Professional practice of the psychologist; Psychology of emergencies and disasters; Grounded theory.

Sumário

Resumo.....	6
Abstract	7
Lista de Figuras.....	10
Lista de Tabelas.....	11
Lista de Abreviações	12
Introdução.....	14
Capítulo 1 - Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar: Práticas em Uma Pandemia.....	18
O Psicólogo da Saúde em Atuação nos Ambientes Hospitalares: Demandas e Adaptabilidades Emergentes no Contexto Pandêmico.....	20
Psicologia da Saúde em Ambiente Hospitalar na Pandemia e Psicologia de Emergências e Desastres: Aproximações Possíveis.....	23
Atuação de Profissionais de Saúde em Ambientes Hospitalares: Fatores de Risco Emergentes na Pandemia e Possíveis Complexidades Associadas.....	33
Sistema de Saúde Brasileiro – Nosso SUS.....	41
Capítulo 2 – Modelo Bioecológico e Teoria Fundamentada nos Dados.	45
Modelo Bioecológico.....	45
Pesquisa Qualitativa e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)	48
Teoria Fundamentada nos Dados: Concepção Construtivista.....	53
Capítulo 3 - Justificativa e objetivos do estudo.....	58
Capítulo 4 – Método.....	60
Percurso Metodológico.....	60
Justificando a Escolha da Perspectiva Construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados como Perspectiva Metodológica.....	60
Participantes.....	64
Instrumentos.....	66
Coleta de Dados.....	67
Etapa 1 – Contato preliminar com psicólogos da saúde atuantes em ambientes hospitalares.....	67
Etapa 2 – Entrevista.....	68

Riscos e Benefícios.....	69
Análise e Sistematização dos Dados.....	70
Capítulo 5 - Resultados e Discussão.....	74
Capítulo 6 - Aproximações teóricas e considerações finais.....	161
Teorizando: uma psicologia da saúde pós pandemia.....	166
Categoria Teórica Central.....	171
Referências.....	173
Anexos.....	194

Lista de Figuras

Figura 1. Diagrama Analítico da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista.....	64
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização de Vertentes da Teoria Fundamentada.....	56
Tabela 2. Etapas da Codificação na Teoria Fundamentada nos Dados na Perspectiva Construtivista e Aplicadas neste Estudo.....	72
Tabela 3. Processos Período Pré-Pandemia.....	77
Tabela 4. Processos Período Intra Pandemia.....	83
Tabela 5. Processos Período Pós-Pandemia.....	105
Tabela 6. Contexto Período Pré-Pandemia.....	116
Tabela 7. Contexto Período Intra Pandemia.....	125
Tabela 8. Contexto Período Pós-Pandemia.....	138
Tabela 9. Pessoa Período Pré-Pandemia.....	145
Tabela 10. Pessoa Período Intra Pandemia.....	151
Tabela 11. Pessoa Período Pós-Pandemia.....	158

Lista de Abreviações

BIS - Behavioral Immune System

CEP/CHS - Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CHIKV – Chikungunya

EPI - Equipamento de proteção individual

ESPIN - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

ETSUS - Escola Tocantinense do SUS

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

H1N1 - Subtipo Influenza A

MBDH - Modelo da Bioecologia do Desenvolvimento Humano

MPOX - Epidemia de monkeypox

MS – Mistério da Saúde

NHC - National Health Commission of China

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNDC - Política Nacional de Defesa Civil

PNPDEC - Política Nacional de Proteção e Defesa Civil

PNVS - Política Nacional de Vigilância em Saúde

PPCT - Processo-Pessoa-Contexto-Tempo

SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave

SES-TO - Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Teoria Fundamentada nos Dados

TFDC – Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista

TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação

UTI – Unidade de Tratamento Intensivos

Introdução

Como profissional de saúde ao longo da última década, atuando em contexto hospitalar no atendimento emergencial, experienciei uma multiplicidade de eventos promotores de agravos individuais e coletivos causadores de prejuízos à saúde física e mental, situações de óbitos e severas ameaças à vida de pacientes, complexidades em repercussões psicoemocionais em familiares e grupos sociais dos pacientes, com repercussões que extrapolam o ambiente hospitalar e repercutem em toda comunidade.

Outros eventos emergenciais de ameaça, inquietação e incertezas sanitárias atingiram a saúde pública brasileira na última década, consequentemente também o meu ambiente laboral, a exemplo dos vírus Flavivírus (Dengue e Zika), Chikungunya (CHIKV) e Influenza A (H1N1). Outros contextos de ameaça à saúde pública tem sido a disseminação generalizada do uso do crack e outras drogas, que demandaram da equipe multidisciplinar hospitalar uma adaptação profissional baseada em busca de conhecimentos técnicos oriundos das políticas públicas existentes e da ciência.

Mas nenhum destes cenários citados se assemelhou à pandemia causada pelo Sars-CoV-2 (Covid-19), considerando a morbimortalidade observada e a amplitude de adaptações estruturais, sanitárias e de processos de atuação impostos a equipes de saúde, acarretando insegurança sanitária decorrente, ainda, da transmutação viral. O Sars-Cov-2 estabeleceu um contexto até então não experimentado pela saúde pública brasileira, de urgência ao cuidado com a saúde física e mental, e à vida dos pacientes infectados.

Vivenciamos em um contexto de modificações sociais, econômicas, culturais e de saúde pública impostas pela pandemia que atingiu todos os continentes. A Organização Mundial da Saúde, em 11 de março de 2020, estabeleceu a covid-19 como de disseminação acelerada, em

escala mundial e de transmissão sustentada de pessoa para pessoa, postulando assim uma pandemia (Schmidt et al., 2020). O Brasil teve seu primeiro caso registrado, também o primeiro na América Latina, em 25 de fevereiro de 2020, oficialmente notificado pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil (Brasil, 2020).

Os impactos compulsórios desta pandemia extrapolaram limites geográficos e demográficos, gerando reflexos psicossociais e comportamentais em toda a população mundial. A doença classificada como covid-19 se caracteriza pela alta transmissibilidade associada a graves acometimentos à saúde (Ministério da Saúde, 2020), resultando em hospitalizações delongadas (muitas delas demandando unidades de terapia intensiva), recrutamento de equipes especializadas em gestão e atuação de profissionais na linha frente, bem como em exigências sanitárias que requerem adaptação aos processos de oferta de cuidados em saúde, acrescido do número elevado de óbitos.

Os agravos até então identificados extrapolam as sequelas físicas, causando também prejuízos à saúde mental. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde -OPAS (2020), em casos graves de covid-19 a resposta hiperinflamatória sistêmica pode causar declínio cognitivo de longo prazo, como deficiências de memória, atenção, da velocidade de processamento e funcionamento cognitivo, alterações de humor, quadros psicóticos, entre outras sequelas. Ainda não se concebe a extensão dos impactos e comprometimentos neuropsiquiátricos relacionados à saúde mental da população, tanto de pessoas diretamente afetadas pela infecção por covid-19 quanto a população em geral, sendo que esta demanda futura é um encaminhamento natural aos ambientes e equipes hospitalares, incluindo o psicólogo.

Esta pandemia de covid-19 foi caracterizada por especialistas em gestão de risco como um desastre de origem biológica com presença de todos os elementos do processo de risco e impondo agravos a todos os setores mundialmente (Silveira & Oliveira, 2020).

Consequentemente, este enfrentamento foi direcionado a nós, equipe multidisciplinar de saúde nos hospitais brasileiros.

Em 11 meses de pandemia realizei mais intervenções/atendimentos psicológicos em ocorrências de óbitos do que em uma década de atuação no setor de emergência (chamada sala vermelha) no ambiente hospitalar. Da mesma forma, este período pandêmico me levou a ocorrências inéditas de episódios de tensão, frustração, exaustão física e mental, medo de ser infectado e ser agente de infecção de minha família, insegurança profissional e teórica diante de minha prática, sendo tudo isso envolto em imediatismo na busca de prestação de um serviço sempre tecnicamente qualificado, cientificamente abalizado e humanamente relevante.

Esta condição atípica que a pandemia impôs à minha prática no campo da psicologia da saúde em ambiente hospitalar, proporcionando experiências singulares de enfrentamento ao novo contexto, me instigou a sistematizar, por meio da presente tese, um conhecimento teórico e técnico que foi adquirido e aplicado neste período, com devido embasamento científico. Espera-se que este estudo se constitua em recurso disponível a psicólogos da saúde em futuros cenários possíveis de urgências e emergências em saúde pública.

Nessa perspectiva, este estudo se inicia com a aproximação e imersão prévias do pesquisador no contexto imposto pela pandemia ao sistema público de saúde brasileiro, ofertando um cenário empírico favorável à presente pesquisa. Portanto, o pesquisador passou a compor o processo interativo entre ele e os participantes do estudo, o que é muito pertinente em pesquisas de natureza qualitativa (Minayo, 2014).

No corpo deste trabalho será descrito no Capítulo 1 a prática pandêmica da psicologia da saúde e da psicologia hospitalar, demandas e adaptabilidades emergentes, psicologia das emergências e desastres e psicologia da saúde em suas aproximações possíveis, atuação dos profissionais de saúde em seus fatores de risco e complexidades e nosso sistema de saúde

brasileiro – SUS. No Capítulo 2 é exposto o modelo bioecológico e a teoria fundamentada nos dados como escopo metodológico utilizado nesta pesquisa. No Capítulo 3 temos a justificativa e objetivos do estudo; em seguida no Capítulo 4 é descrito o percurso metodológico, participantes, instrumentos e etapas da coleta e análise dos dados. Os resultados e a discussão são apresentados conjuntamente no Capítulo 5 onde encontraremos as tabelas apresentando a sequência analítica aplicada até o alcance das categorias. No Capítulo 6 temos as aproximações teóricas e considerações finais apresentando reflexões acerca de todo processo e produto teórico obtido, bem como é finalmente exposta a categoria teórica, cerne da teoria substantiva, proposta a partir da perspectiva da teoria fundamentada nos dados construtivista.

Capítulo 1

Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar: Práticas em Uma Pandemia

A ocorrência de uma pandemia, exemplificada pela covid-19, tem um impacto na saúde populacional, demandando esforços de atuação aos psicólogos da saúde, como integrantes de equipes multiprofissionais, especialmente na atuação em ambiente hospitalar.

Uma perspectiva conceitual que pode ampliar a compreensão da dimensão e amplitude dinâmica dos agravos de uma pandemia, como a covid-19, é a concepção científica alternativa proposta por Horton (2020). Este autor redefine o evento da covid-19 como uma sindemia: trata-se de uma sinergia de pandemias, ampliando os agravos provocados pelo coronavírus para além de sua infecção singular característica, expandindo seus danos a uma série de doenças crônicas não transmissíveis, além de comprometimentos severos a sistemas de educação, trabalho, moradia, alimentação e meio ambiente. Assim, nota-se o acúmulo de prejuízos decorrentes das já prevalentes doenças crônicas e à desigualdade socioeconômica, que resulta na urgência de ações muito mais amplas visando resguardo, proteção e mitigação de danos à saúde das comunidades, sendo que esta urgência tem repercussões na atuação de equipes profissionais do ambiente hospitalar.

Considerando o histórico brasileiro, a terminologia “psicologia hospitalar” é utilizada desde os anos 1940, diretamente vinculada à função social do hospital no contexto das políticas públicas de saúde, funções que se dedicavam ao tratamento de cidadãos que se encontravam com alguma forma de adoecimento (Sebastiani, 2000). O Conselho Federal de Psicologia [CFP, 2007] define a aplicação da psicologia no hospital como atividade voltada para a promoção e reestabelecimento da saúde global do paciente (física e mental), mediando a comunicação entre

usuário dos serviços e a equipe multidisciplinar, na atenção a pacientes e familiares em aspectos psicológicos relacionados ao processo de adoecer e de adesão às propostas de recuperação da saúde.

Neste estudo consideraremos a psicologia hospitalar como uma das formas de atuação da psicologia da saúde, em ambiente específico: o hospital. Segundo Trindade e Teixeira (2002), a psicologia da saúde prioriza a promoção, manutenção da saúde, prevenção de adoecimentos mediante a aplicação de procedimentos específicos da ciência psicológica, com intervenções direcionadas ao desenvolvimento da qualidade de vida de indivíduos e comunidades. Considerando a concepção clássica de Matarazzo (1980) definiu-se, assim, a Psicologia da Saúde:

É o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados à saúde, doença e disfunções, para a análise do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde (p. 815).

Conforme contribuição de Straub (2014), este descreve a psicologia da saúde como um campo de conhecimento da ciência psicológica, que leva em consideração fatores biológicos, contextos sociais e culturais, características psicológicas individuais, bem como a aplicação de princípios da concepção biopsicossocial do processo saúde-doença e de evidências de pesquisas para a promoção e melhoria da saúde de indivíduos e prevenção de doenças. Então, temos de forma macro sistêmica a psicologia da saúde sendo demandada de forma ampla, nos vários campos possíveis e existentes. Uma importante esfera desta atuação são os hospitais que

compõem o Sistema Único de Saúde de nosso país, ambientes onde é exercida, de forma microsistêmica, a psicologia hospitalar.

O/a Psicólogo/a da Saúde em Atuação nos Ambientes Hospitalares: Demandas e Adaptabilidades Emergentes em Contextos Pandêmicos

Para Reardon (2015) em uma ocorrência como uma pandemia, mais pessoas são afetadas negativamente em aspectos de saúde mental do que fisicamente, as consequências psicológicas de uma pandemia são mais amplas do que as fisiológicas dentro da população, afirmação que parece lógica mas não reflete em medidas práticas, com direcionamento de recursos ou políticas públicas que forneçam amparo psicológico a população atingida A questão de saúde mental em uma pandemia segue papel coadjuvante, ainda mais grave se entendermos que os impactos psicológicos de uma pandemia podem persistir mesmo depois que o agente patológico já tiver sido controlado.

Por ser um enfrentamento de características essencialmente de saúde pública, a covid-19 impôs ao ambiente hospitalar – incluindo toda a equipe multidisciplinar como médicos(as), fisioterapeutas, enfermeiros(as), psicólogos(as), assistentes sociais, técnicos(as) de laboratório de coleta de material, agentes de transfusão, entre outros – a necessidade de atuação imediatista e emergencial, acompanhada de rápida e efetiva adaptação a uma nova realidade profissional, inédita neste século.

A psicologia, na atuação em nível secundário e terciário de atenção, denominada de psicologia hospitalar, é uma especialidade assim definida pelo Conselho Federal de Psicologia (2007):

Sua principal tarefa (é) a avaliação e o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo (Conselho Federal de Psicologia, 2007, p. 21).

A psicologia, como ciência aplicada, tem seu desenvolvimento entrelaçado a questões biopsicossociais, vinculada às demandas e mobilizações que a própria sociedade experimenta, impondo um exercício profissional competente e qualificado em seus aspectos teórico, metodológico e prático.

Os psicólogos, como profissionais integrantes dessas equipes de saúde, tiveram seu contexto de atuação significativamente alterado, em especial nos hospitais de referência para acolhimento a pacientes positivados para covid-19, o que levou à necessidade de adaptações técnicas e estruturais por parte dessas equipes e de gestores dos hospitais para ofertar cuidado sanitariamente ajustado ao novo contexto, marcado pelo elevado número de óbitos, assistência peculiar a familiares, além do acolhimento a casos suspeitos da infecção pelo SARS-CoV-2. A adaptação técnica foi regida pelo Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (Brasil, 2020).

Segundo dados oficiais do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO), unidade federada onde o presente projeto de pesquisa foi desenvolvido, foram confirmados 383.800 casos da doença entre residentes no estado do Tocantins resultando em 4312 óbitos por covid-19 até a data de obtenção destes dados

(11/02/2025), levando à necessidade de adaptação técnica, estrutural e dinâmica por parte de equipes de saúde e gestores dos hospitais existentes no estado para ofertar cuidado sanitariamente ajustado aos óbitos no ambiente hospitalar, incluindo a assistência a familiares, além de acolher casos suspeitos da infecção, entre outras atuações a serem detalhadas ao longo deste estudo. A relação entre paciente, família e equipe agora deve ser desenvolvida e aplicada de forma adaptada, conforme o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (Brasil, 2020), para que não ofereça riscos às partes.

Considerando o modelo biopsicossocial do processo saúde-doença, como referência da atuação do psicólogo (Alves et al., 2017; Seidl et al., 2019) para atenção e assistência à comunidade que recorre a serviços hospitalares na pandemia, nota-se uma complexidade ampliada do trabalho desenvolvido devido à convergência de fatores, tais como: altas taxas de mortalidade, indefinição em relação ao tratamento, uso dos equipamentos de proteção individual (EPIs) que dificulta a comunicação profissional-paciente, variabilidade e amplitude de sequelas, desgaste físico e mental das equipes de saúde, mudança nos procedimentos de assistência aos familiares de pacientes, entre outros. A pandemia por covid-19 se manifestou como um desastre catastrófico pela disseminação de um vírus inaugural que levou a óbito milhões de pessoas globalmente, e centenas de milhares no Brasil, mesmo diante dos esforços hercúleos e recomendações de órgãos da vigilância em saúde (Lana et al., 2020).

Ameaças de novas pandemias, contextos emergenciais e desastrosos estão cotidianamente se apresentando: mais recentemente, em 14 de agosto de 2024, foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a emergência de saúde pública de importância internacional, a epidemia de monkeypox MPOX, seguindo a perspectiva e critérios propostos pelo Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2024a).

A gravidade e o ineditismo que caracterizaram e ainda caracterizam a pandemia, exigem do/a psicólogo/a uma adaptação técnica e teórica de suas intervenções no cotidiano hospitalar, tendo em vista a imposição de urgências que se assemelham a um contexto de emergências e desastres.

Psicologia da Saúde na Pandemia e Psicologia de Emergências e Desastres: Aproximações Possíveis

Segundo o Ministério da Integração Nacional em sua proposição da Política Nacional de Defesa Civil (PNDC, 2007), os desastres são definidos como: “resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e/ou ambientais, e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (PNDC, 2007, p. 8).

A definição de desastres do *International Work Group on Death, Dying and Bereavement* (2002) também esclarece esse fenômeno:

Desastres são fenômenos naturais, cujos efeitos podem incidir sobre os indivíduos, comunidades e nações. Eles roubam das pessoas e das comunidades as suas concepções anteriormente estabelecidas sobre si e seu mundo, causando medo, insegurança e desequilíbrio. Integrar o desastre à experiência de vida pode proporcionar meios para que novos significados sejam construídos, bem como uma nova visão de mundo (p. 45).

A pandemia decorrente da proliferação mundial do vírus SARS-CoV-2, da forma como surgiu e se propagou de forma acelerada, provocou prejuízos diversos, distribuídos nas diferentes esferas sociais, econômicas, da segurança pública, de acesso a serviços, atividades de lazer e rotinas coletivas e comunitárias. Dessa forma, compreender as emergências e desastres como

fenômenos sociais possibilita vislumbrar a psicologia como contribuinte frente ao sofrimento humano, tendo atuação relevante na prevenção de desastres, assim como na intervenção diante de adversidades psicológicas e necessidades psicosociais advindas de um fenômeno desastroso vivenciado por uma pessoa, grupo social ou comunidade (Cogo, 2015; Melo & Santos, 2011).

Considerando, mais especificamente a esfera da saúde, a Assembleia Mundial de Saúde consolidou o Regulamento Sanitário Internacional em 2005 (RSI, 2005), sendo disponibilizado um novo instrumento oficial que normatiza as ações que fundamentam o enfrentamento dos riscos de disseminação internacional de doenças (WHO, 2016a), onde inaugura-se o termo “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII), assim postulada: “evento extraordinário, o qual é determinado como estabelecido neste regulamento: por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio da propagação internacional de doenças e por potencialmente requerer uma resposta internacional coordenada” (WHO, 2016a, p. 9).

Uma atualização foi aplicada na Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 2024, para vigorar a partir do ano de 2025, que inclui a definição de “emergência pandêmica” (Oliveira, 2024) quando o evento apresenta a seguinte caracterização: a) ESPII e constituir elevado risco de propagação internacional para uma ampla área geográfica; b) exceder ou apresentar alto risco de exceder a capacidade de resposta dos países; c) provocar ou apresentar risco de ocorrência de consideráveis perturbações sociais e/ou econômicas; d) implicar a necessidade de uma rápida ação internacional coordenada, equitativa e reforçada, com enfoque que envolva a todos, governo e sociedade (Oliveira, 2024).

A definição da Assembleia Mundial de Saúde repercutiu nas reflexões, publicações científicas e jurídicas brasileiras, após a publicação da RSI 2005, quando passou a ser utilizado o termo “Emergência de Saúde Pública” ou “Emergência em Saúde Pública”. Proposto por Carmo

et al. (2008) uma apropriação desta definição traz a nomenclatura “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional” (ESPIN) como:

evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada (Estado ou Distrito Federal), com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública (independentemente da natureza ou origem), depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata (Carmo et al., 2008, p. 22).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), em 2018, adotou a definição “Emergência em Saúde Pública” como situação que demanda emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública, preconizada em documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta definição apresenta características generalistas e abrangentes, podendo incluir a diversidade de emergências e desastres possíveis. Neste trabalho, utilizaremos, para critérios generalistas, a nomenclatura de emergência e desastres, imediatamente vinculada à covid-19, mas podendo ser aplicada ao sistema de saúde hospitalar e à psicologia da saúde em variadas ocorrências emergenciais.

Emergências e desastres extrapolam meras ocorrências de agravos, individuais e coletivos, em uma determinada região. Segundo Quarantelli (2000), essa diferenciação pode ser pontuada pela caracterização de um desastre: em um desastre há grande ampliação do envolvimento de instituições e grupos sociais para o manejo das contingências imediatas, de maneira rápida, se comparado à situação de normalidade. Assim, em contextos de desastres (Quarantelli, 2000, p.1,2), temos:

- Uma rapidez na relação de grupos até então não familiares ou conectados, bombeiros, instituições pública, privadas e organizações não governamentais e voluntárias, uma convergência massiva não acontece em emergências e acidentes cotidianos;
- A comunidade atingida deve lidar com a perda relativa de sua autonomia e de sua liberdade de ação, ficando sujeita a normas excepcionais no que diz respeito, por exemplo, ao ir e vir e à sua rotina diária;
- A resposta a desastres costuma ser medida por indicadores diferentes dos da normalidade, por exemplo, no que diz respeito ao atendimento em saúde, aos prazos dados para a gestão de benefícios sociais e para a concessão de recursos para obras públicas;
- Um desastre redefine as linhas divisórias entre o público e o privado: o desastre torna público o privado; é preciso, muitas vezes, intensificar e salientar a magnitude do sofrimento privado para legitimar a nomenclatura do evento público enquanto desastre.

Em complemento a esses eventos desastrosos, temos a emergência caracterizada como uma situação crítica que ameaça a vida e o bem-estar de muitas pessoas e exige providências inadiáveis, por ser um acontecimento perigoso que impõe atendimento rápido e a necessidade de ação extraordinária para garantir a sobrevivência, cuidados e proteção às pessoas afetadas (Brasil, 2006; Inter-Agency Standing Committee / IASC, 2007). A psicologia tem um papel fundamental no enfrentamento a eventos de prejuízo social amplo, sejam em micro, meso ou macro sistemas. Segundo a Defesa Civil Brasileira, a psicologia deve permear todas as fases que precedem,

constituem e decorrem de uma ocorrência de emergência e desastre (II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres/CFP, 2011).

Existe então uma responsabilidade técnica-profissional-científica da psicologia nestes contextos adversos, na prevenção e manejo de aspectos psicoemocionais decorrentes, intervenções individuais e grupais para a promoção da saúde mental a partir do desenvolvimento de fatores protetivos diante de manifestações de estresse agudo, estresse pós-traumático, luto complicado, quadros depressivos, comportamento suicida, condutas violentas, consumo abusivo de substâncias psicoativas, entre outras alterações psicológicas decorrentes de eventos externos negativos (Kraemer et al., 2009; OPAS, 2004, 2006, 2010).

Tal como assinalado, a psicologia da saúde em ambiente hospitalar, diante da pandemia por covid-19, estabelece um paralelo conceitual e técnico com a psicologia das emergências e desastres, desde as ações preventivas até as assistenciais em fase pós-trauma, incluindo vítimas, familiares e profissionais.

Então, esta caracterização de emergências e desastres como fenômenos complexos e multidimensionais geradores de morte, sofrimento e desequilíbrios, é correspondente aos danos impostos pela pandemia de covid-19, sendo que esta assistência urgente tende a ser direcionada aos hospitais nos casos moderados e graves, e acolhida pelos profissionais de saúde, incluindo o psicólogo.

As pandemias, como a da covid-19, são caracterizadas por óbitos em percentual elevado em relação ao número de casos, em período breve, ocasionando comprometimentos psicológicos variados e, muitas vezes, duradouros (Taylor, 2019). A intervenções nestas situações emergenciais, dada as complexidades e envolvimento de aspectos biopsicossociais, demandam envolvimento de equipes multidisciplinares, tanto na prevenção de agravos, quanto na promoção

da saúde, acolhimento emergencial, reestabelecimento da estabilidade física e mental dos afetados, validando e justificando a atuação da psicologia como oportuna e profícua.

Reitera-se que há uma equivalência, uma justaposição entre a psicologia da saúde operada por psicólogos em ambientes hospitalares no contexto da covid-19 e a prática da psicologia de emergências e desastres, sendo que o propósito dessa última é manejar situações de grande ameaça e de acontecimentos traumáticos (International Work Group on Death, Dying and Bereavement, 2002), com intervenções focais e objetivas, em intervalo de tempo breve, utilizando-se de recursos que a psicologia dispõe para que pessoas vulneráveis possam desenvolver novas estratégias adaptativas diante dos agravos impostos (Franco, 2005; 2012).

No âmbito das estratégias de atuação da psicologia da saúde em nível hospitalar, para citar algumas, temos: avaliação psicológica e psicodiagnóstico, intervenção e acompanhamento de intercorrências psíquicas de usuários submetidos a procedimentos médicos com vistas à recuperação da saúde; atendimentos psicológicos em ambulatórios e unidades de internação hospitalar; realização de grupos de pacientes com objetivos diversos, em contextos preventivos ou de tratamento, entre outras ações (Seidl et al., 2019). Também compete ao psicólogo no hospital as intervenções que favoreçam a relação profissional de saúde-paciente, paciente-família e paciente-paciente, bem como a atuação diante de repercussões emocionais do adoecimento e da hospitalização (Gibello & Netto, 2017). Assim, todas essas práticas e técnicas comumente aplicadas passaram (e ainda estão passando) por necessidades de adaptação e o psicólogo hospitalar precisa repensar o seu fazer para se adaptar às novas demandas.

São variadas as demandas que foram impostas às equipes de saúde que se encontram na dianteira de combate à pandemia promovendo inseguranças e constante busca por fatores protetivos, que lidam com a exposição direta e a possibilidade de infecção. O ineditismo e a variabilidade das cepas virais que caracterizam essa pandemia tornam as orientações preventivas

sujeitas a constantes atualizações, sustentadas em evidências acerca das melhores condutas a serem adotadas, ao lado de eventual escassez de equipamentos de proteção (OPAS, 2020).

A Política Nacional de Defesa Civil (Brasil, 2007), que norteia a psicologia brasileira ao considerar enfrentamentos de emergências e desastres, estabeleceu algumas ações voltadas para a prevenção de danos comunitários oriundos desses eventos. Estas intervenções se estabelecem em quatro dimensões: a) prevenção: orienta para a evitação da ocorrência do desastre ou diminuição da intensidade de seus agravos; b) preparação: qualificação e orientação da comunidade para o enfrentamento na ocorrência de evento adverso; c) resposta: assistência aos diretamente atingidos pelo evento, buscando redução de danos e prevenção de prejuízos permanentes que impossibilitem o funcionamento de instituições essenciais da comunidade; e d) reconstrução: constitui a dimensão das práticas que visam o reestabelecimento da comunidade atingida, facilitando a retomada da normalidade e restringindo a ocorrência de novos desastres (Brasil, 2007).

Decorrente dessa colaboração técnica entre o sistema da Defesa Civil e a psicologia há uma expansão das possibilidades de atuação de psicólogos junto a indivíduos e comunidades em ocorrências de desastres e emergências com a aplicação das intervenções psicossociais e disponibilização de recursos de promoção e prevenção em saúde mental em contextos emergenciais (Brasil, 2010). A psicologia das emergências e desastres foi atestada em suas contribuições em documento firmado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (Brasil, 2010), que salienta que esse campo de atuação busca estudar as reações dos indivíduos e dos grupos humanos no antes, durante e depois de situações de emergência ou desastre, bem como implementa estratégias de intervenção psicossocial orientadas à mitigação de danos e preparação da população para enfrentamento dessas situações.

Conforme a Lei nº 12.608 de 10 de abril de 2012, estabelecida pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC, houve uma atualização dessas dimensões, com a inclusão da etapa de mitigação, a saber: preparação, mitigação, prevenção, resposta e reconstrução. A partir desse novo entendimento, o Conselho Federal de Psicologia ratificou e ampliou a Nota Técnica (CFP, 2016) sobre atuação da psicologia em contextos emergenciais e desastrosos, a partir do paradigma da Gestão Integral de Riscos e Desastres. Neste mesmo documento é enfatizada a fundamentalidade do vínculo com o Sistema Único de Saúde-SUS (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), nos âmbitos federal, estadual e municipal, no intento de mitigar os riscos da população e de profissionais da saúde, em situações de epidemias, desastres socioambientais e tecnológicos.

Na esfera da saúde pública medidas devem ser adotadas para mitigação e enfrentamento de cenários sociais desastrosos, ações que devem incluir prevenção, preparação, resposta e recuperação que sustentem o desenvolvimento da resiliência e recuperação da competência e aptidão de funcionamento dos serviços de saúde (Oliveira, 2024). De forma sistemática, prática e técnica a psicologia da saúde centraliza e orbita todas essas ações, implementações, planejamentos e avaliações das aplicações destes serviços, tanto de forma mais ampla com a população em risco, quanto com os trabalhadores da saúde a serem acolhidos e cuidados, bem como com as atribuições de gestão de políticas públicas necessárias. A psicologia da saúde em suas múltiplas assistências, ressaltando aqui a que se desenvolve em ambientes hospitalares, se responsabiliza profissionalmente com o acolhimento psicológico da comunidade atingida – a pessoa infectada, seus familiares e membros da comunidade mais próximos – que são encaminhados para o hospital, sendo orientados por meio da psicoeducação e de outras técnicas que se encontram no escopo da *praxis* do psicólogo atuante no hospital.

O psicólogo assiste diretamente a pessoa infectada durante sua internação, acolhe a família durante a assistência hospitalar, sendo que nesta diáde – profissional de saúde-família –

ele é um dos responsáveis por acolher, informar, orientar, sanar dúvidas, prover escuta e suporte psicológico, mediar a comunicação paciente-familiar-profissional de saúde e antever necessidades emocionais e comportamentais daqueles que são grupo de risco no contexto da comunidade atingida (CFP, 2019).

Outra similaridade da atuação da psicologia, no micro contexto hospitalar e no meso/macro contexto comunitário, é a estruturação de estratégias de intervenções de curto, médio e longo prazos, visando redução de vulnerabilidades identificadas e, por meio de intervenções psicoeducacionais, desenvolver na população a preparação para a reação, de forma adaptada, sustentável e factível naquela comunidade assistida.

Considerando o contexto brasileiro, um período histórico recente internacional gera a necessidade de ampliar e aprofundar esta discussão da reciprocidade das contribuições entre a psicologia da saúde praticada em ambiente hospitalar e psicologia de emergência e desastres recíprocas, ao considerarmos a seguinte linha histórica:

- Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) ou Coronavírus (SARS-Cov) pandemia ocorrida no ano 2002 na China e considerada uma pandemia, que alcançou transmissão internacional (Hung, 2003);
- Influenza H5N1, como risco de transição para uma pandemia a partir da transmissão humana, ocorrida na Ásia em 2003 (Guanet, 2007);
- H1N1 influenza, pandemia ocorrida em 2009-2010, alcançando 214 países em todos os continentes (Dawood et al., 2012);
- Ebola, epidemia ocorrida entre 2013 e 2016, no continente africano (WHO, 2016b);

- Poliovírus selvagem, epidemia iniciada em 2014 e ainda em atuante no oriente médio e com derivações em países africanos (WHO, 2024b)
- Zica vírus, pandemia em 2016, ocorrida no território brasileiro (Oliveira et al.,2017);
- Ebola, epidemia reincidente em 2019 e 2020 na República do Congo (WHO,2020);
- Covid-19, pandemia entre 2019 e 2023, iniciando na China e de incidência em todos os continentes (WHO, 2024);
- Mpoxy, pandemia ocorrida entre 2022 e 2023, com transmissão internacional e ainda com ocorrência em muitos países (WHO, 2022a);
- Mpox, reincidente em 2024 e ainda ativa em regiões africanas e países vizinhos (WHO, 2024a).

Acrescenta-se à realidade brasileira, com suas especificidades e desafios nacionais em saúde como, por exemplo, a ameaça contemporânea de epidemia de dengue em território nacional (Brasil, 2024). Esta linha histórica global nos apresenta um cenário de risco, onde todas estas ocorrências, ou alcançaram o território brasileiro ou apresentaram potencial para que isso ocorresse, o que deve despertar o senso de vigilância, preparação, prevenção e busca de desenvolvimento técnico/científico do nosso sistema de saúde e das equipes multiprofissionais envolvidas com este enfrentamento.

Em síntese, a discussão empreendida neste tópico, permite estabelecer um paralelo entre a psicologia de emergência e desastres e a psicologia da saúde praticada em ambiente hospitalar no contexto pandêmico. Esta correspondência entre áreas de atuação da psicologia tem sua

importância para compreensão das proporções, expressividades e intensidades dos possíveis agravos proporcionados aos psicólogos que acolheram diretamente os afetados pela pandemia por covid-19 nos ambientes hospitalares. Isto porque, considerando o histórico dos psicólogos brasileiros dentro dos hospitais, estes ainda não tinham sido expostos a vivências profissionais desta gravidade e magnitude. Pontuamos, no entanto, que guardando as devidas proporções, a psicologia brasileira exerceu sua atividade profissional assistencial em desastres emergenciais em eventos trágicos como o incêndio da boate Kiss em Santa Maria-RS, e rompimento das barragens em Brumadinho e Mariana, no estado de Minas Gerais, para citar alguns exemplos de situações localizadas em municípios brasileiros.

Neste estudo aprofundamos este conhecimento, teórico e empírico, gerado pelo contexto emergencial para novos aprendizados que sejam incorporados aos protocolos e que auxiliem na proposição de intervenções protetivas e promotoras de cuidados em saúde mental em eventos semelhantes no futuro e permitam uma melhor preparação para possíveis desafios a serem enfrentados.

Atuação de Profissionais de Saúde em Ambientes Hospitalares: Fatores de Risco Emergentes na Pandemia e Possíveis Complexidades Associadas

A mesma intensidade, imediatismo, ineditismo, agressividade e prejuízo que a pandemia impôs ao macro cenário global repercutiu no microssistema da prática laboral da psicologia da saúde em ambiente hospitalar. As equipes de saúde que atenderam de forma imediata as pessoas acometidas por covid-19 foram consideradas como mais vulneráveis a adoecimento psicológico, dada a contínua exposição a riscos elevados de infecção, adoecimentos graves e, consequentemente, maior mortalidade (Bohken et al., 2020). Trata-se de riscos que podem gerar

sofrimento psíquico, estresse, depressão, ansiedade, *burnout*, somatizações agudas e crônicas, com a possibilidade de evoluir para o desenvolvimento de condições orgânicas deletérias como arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, entre outras (Cai et al., 2020).

Situações como as emergências e desastres, causam um profundo impacto emocional nas pessoas, comunidades e equipes de primeiros socorros, onde estas desordens podem perdurar significativamente e comprometer as atuações e mobilizações subsequentes voltadas para a reconstrução da comunidade afetada, denominadas como “o segundo desastre” (Erikson, 1976).

Agravos à saúde mental de profissionais de saúde que lidaram de modo direto com os infectados por covid-19 – em ações de diagnóstico, tratamento e recuperação – e com familiares isolados em observação como casos suspeitos, foram são relatados em estudos considerando uma linha histórica em diferentes países. Estes estudos identificam maior vulnerabilidade a sofrimento psíquico e adoecimento mental de profissionais da saúde que atuaram na linha de frente, especialmente em ambiente hospitalar (Di Tella et al., 2020; Klimkiewicz et al., 2021; Lai et al., 2020; Liu et al., 2020). Como fatores contribuintes a esse decréscimo na saúde mental e na qualidade de vida de profissionais da linha de frente foram elencados: aumento dos casos de depressão, ansiedade, má qualidade do sono, agravamento de problemas mentais pré-existentes com reflexos imediatos nas condições emocionais e físicas de profissionais de saúde (Lai et al., 2020; Sasangohar et al., 2020).

No estudo com profissionais de saúde da linha de frente realizado por Lai (2020) é demonstrado que uma proporção considerável de participantes apresentava sintomas de depressão, ansiedade, insônia e angústia. Estes mesmos profissionais de saúde da linha de frente apresentaram graus mais severos em todas as medidas de sintomas de saúde mental do que outros profissionais de saúde que não estavam diretamente lidando com contaminados pelo covid-19. Temos uma hierarquização no nível de impacto psicológico incidido nestes profissionais. O

estudo de Klimkiewicz (2021), que avaliou a saúde mental dos profissionais na linha frente da pandemia, antes e durante a pandemia, além de corroborar a alta incidência de depressão, ansiedade, insônia e angústia entre estes profissionais de saúde na linha de frente, ainda acrescenta outros agravos como fadiga, cansaço elevado e persistente, nível de estresse e uso de álcool.

Foram identificados como elementos que contribuíram para o agravamento do estado mental desses profissionais de saúde: carga de trabalho e de horas em excesso, disponibilidade insuficiente de equipamentos de proteção individual (EPI), concepção de assistência inadequada e insuficiente por parte de gestores, medo de contaminar membros da família, isolamento social, altas taxas de infecção e de óbitos na própria equipe de saúde (Cai et al., 2020; Spoorthy, 2020; Wu et al, 2020).

O sistema de saúde pública e seus profissionais são elementos fundamentais no combate às repercuções psicológicas de uma pandemia e no enfrentamento dos sofrimentos emocionais associados à elevação do estresse em períodos intra e pós pandemia (Taylor, 2019), sendo que a atuação requerida é de alto desempenho e por tempo prolongado, podendo ocasionar desgastes físicos e psicológicos. Diante de cuidados necessários com a saúde mental dos profissionais de saúde em tempo de pandemia foi considerada, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), a estruturação de estratégias de enfrentamento e manejo destes riscos e fomento da qualidade da vida, do bem-estar pessoal e laboral destes profissionais. No contexto brasileiro, estes cuidados foram recomendados por instituições e organizações como os Conselhos Federais e Regionais de Medicina, Enfermagem e Psicologia, por exemplo, por meio de publicações e ações pontuais de universidades e faculdades, como o Grupo de Discussão e Trabalho “Achar Palavras” ofertado em parceria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) com o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Esta última iniciativa é aberta à

comunidade profissional, com duas reuniões semanais voltadas para a construção e compartilhamento de saber coletivo acerca do enfrentamento da pandemia por covid-19. Em 2020, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde já dispunha de ampla produção bibliográfica com recomendações técnicas voltadas à saúde mental e atenção psicossocial na pandemia da covid-19 aos trabalhadores dos serviços de saúde (Fiocruz, 2020).

A equipe multidisciplinar presente no hospital é requerida, física e emocionalmente, para uma assistência contínua à população afetada sistematicamente pelos prejuízos existentes em situação de emergência social:

Uma ajustada interrelação entre a equipe multidisciplinar, equilíbrio emocional, individual e grupal, são elementos fundamentais na atenção em saúde nas situações de emergência, pois os profissionais de saúde “emprestam”, ainda que brevemente, esse equilíbrio ao paciente e à sua família, até que estes possam se reorganizar para manejá-la, enfrentar e, se possível, superar a crise e seu momento agudo, que é de desesperança, desorganização, despersonalização, eventualmente despersonalização, e até mesmo morte (Sebastiani, 2002, p. 14).

Os profissionais de saúde atuantes em situações de emergências acumulam fatores de risco, como o: estresse pela atuação laboral e os riscos psicossociais da vida social e familiar, gerando assim adoecimentos nos profissionais e consequente redução na capacidade de resposta às emergências (Manfrini et al., 2023).

Para tanto, considerando aspectos psicoemocionais, o psicólogo é o agente especializado, do ponto de vista técnico, para ofertar assistência aos demais profissionais da equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros(as), assistentes sociais, fisioterapeutas etc. – por meio da identificação de agravos psicológicos (Moreira et al., 2012). Ao considerarmos uma visão

ecológica (Bronfenbrenner, 2011), temos o psicólogo como elemento e o hospital em que ele atua como um microssistema em expansão, sendo que podemos configurar um mesossistema composto pela comunidade que o cerca e frequenta o ambiente hospitalar, que por sua vez está inserido em um macrossistema que é constituído por toda a coletividade social de uma cidade ou estado em que o hospital está estabelecido.

Partindo desta visão bioecológica (Bronfenbrenner, 2011), temos a atuação múltiplo-contextual do profissional de saúde nos âmbitos, indivíduo/família/equipe de saúde/ambiente hospitalar/comunidade – isto o posiciona em contextos de vulnerabilidade em vários graus, conforme proposto por Taylor (1987). Segundo Taylor (1987) diante de uma ocorrência de um evento de emergência e desastres, temos graus de vulnerabilidade ou de vitimização que podem ser de primeiro até o sexto grau. Temos as vítimas de primeiro grau que são as diretamente atingidas pelos agravos do evento negativo por meio de prejuízos materiais e danos físicos; considerando a atual pandemia seriam os indivíduos infectados. As vítimas de segundo grau são os socialmente próximos daquele que foi acometido pela covid-19, como os familiares e amigos das vítimas de primeiro grau. Vítimas de terceiro grau, também denominadas vítimas ocultas, são as que compõem as equipes de resposta que prestam atendimento imediato e inicial ao infectado (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, SAMU, voluntários e outros). Expandindo para ambiente externo ao hospital temos as vítimas de quarto grau que são compostas pela comunidade diretamente ameaçada e impactada, ou seja, o bairro, cidade e estado em que as vítimas de primeiro grau – os infectados por covid-19 – residem e/ou trabalham. Já as vítimas de quinto grau são os cidadãos indiretos e informados por meios de comunicação; e, por fim, as vítimas de sexto grau, são os indivíduos da sociedade que não testemunharam ou não se encontravam no lugar da ocorrência do evento desastroso.

Considerando essa hierarquia de vulnerabilidades (Taylor, 1987) dos socialmente expostos e o atual contexto pandêmico imposto pela covid-19, posicionamos os psicólogos, em ocupação no ambiente hospitalar, em múltiplos níveis de riscos. Este psicólogo é localizado como vítima de primeiro, segundo, terceiro e quarto graus, como descrevemos a seguir:

- Primeiro grau: o psicólogo, juntamente com outros profissionais que assistem diretamente os positivados para covid-19, é parte do grupo de alto risco e que podem contrair a doença dentro do ambiente hospitalar;
- Segundo grau: quando o psicólogo tem familiares e pares profissionais de psicologia, medicina, enfermagem, fisioterapia etc, sequencialmente infectados, e muitas vezes assistidos por eles como profissionais de saúde;
- Terceiro grau: como pertencente à equipe de cuidado aos positivados, realizando tanto atendimento inicial quanto acolhimento da pessoa infectada, realizando mediação com familiares deste, e em contínuo e frequente atendimento psicológico, dentro dos espaços físicos que acomodam os pacientes;
- Quarto grau: como integrante da comunidade ameaçada e impactada pela pandemia por covid-19.

O governo chinês, primeira nação a confrontar os prejuízos e demandas em saúde pública decorrentes da covid-19, propôs diretrizes distribuídas em níveis que objetivando a mitigação e antecipação preventiva das repercussões psicológicas prejudiciais que se associaram à expansão da infecção na população com estabelecimentos de princípios orientadores para a intervenção em crise psicológica de emergência (National Health Commission of China / NHC, 2020). Estas diretrizes hierarquizam a atenção psicológica distribuída em quatro níveis onde o foco da intervenção deveria começar no primeiro nível e expandir-se gradualmente até assistir à população em sua totalidade. A população de primeiro nível foi constituída pelos indivíduos

infetados, com sintomas graves e que se encontravam hospitalizados, também os profissionais de saúde na linha de frente da prevenção, controle e tratamento dos gravemente atingidos por covid-19 que foram considerados especialmente mais vulneráveis ao risco de adoecimento físico e mental. A população de segundo nível foram os que estão em isolamento social ou quarentena, por terem tido contato com infectados ou suspeitos. A população de terceiro nível foi o grupo que teve contato com os indivíduos do Nível 1 e Nível 2, ou seja, familiares, amigos, equipes de resgate e outros de contato regular. E, por fim, temos a população de quarto nível: aquela que está em isolamento social, sem contato direto com infectados/suspeitos. Também nesta proposta estratificada, o psicólogo, juntamente com a equipe multidisciplinar hospitalar, localizava-se no microssistema central de vulnerabilidades, dentro da proposta de Taylor (1987).

Outro risco iminente ao psicólogo que atuou diretamente, e de forma continuada, com pacientes positivados para covid-19, a exemplo dos profissionais que atuam exclusivamente dentro das áreas hospitalares de manejo clínico da covid-19, é o fenômeno da “traumatização vicária”, ou também denominado “traumatização secundária”, onde indivíduos não diretamente atingidos por um impacto negativo ou trauma desenvolvem a expressão de sintomas psicológicos decorrentes da empatia com as experiências de trauma dos pacientes e suas sequelas. Trata-se de um processo cumulativo que depende de frequência e prolongamento da relação cuidador-paciente (Li et al., 2020a). Esta vulnerabilidade deve ser considerada devido à atípica ocorrência de acompanhamentos exercidos pelos psicólogos no hospital, que acolheu a comunidade atingida pela pandemia, com uma frequência elevada associada à gravidade expressa na taxa de mortalidade de casos atendidos.

No contexto das adequações técnicas às quais o psicólogo da saúde em ambiente hospitalar foi exigido em sua prática cotidiana, destaca-se o atendimento/acompanhamento realizado por mediação tecnológica. O Conselho Federal de Psicologia publicou, em 26 de março

de 2020, a Resolução CFP nº 4/2020, que autorizou a realização de intervenções e psicoterapias de forma remota, por meio do uso de celulares, *tablets* e computadores a pessoas e grupos em geral, como também em situação de urgência, emergência e desastre, violação de direitos ou violência, visando minorar agravos psicológicos a população diante da covid-19 (CFP, 2020).

Há também uma ampliação de uma atribuição jáposta sobre o psicólogo da saúde atuante em ambiente hospitalar: acolher e orientar familiares de pessoas assistidas pela instituição. Naquele contexto de proliferação do vírus da covid-19, somou-se às funções do psicólogo a interação com a família, a orientação em relação a seus hábitos e contatos após um dos familiares ter sido infectado pelo coronavírus. Tal atividade incluiu o psicólogo dentro da organização hospitalar na promoção e aperfeiçoamento do *Behavioral Immune System* (BIS) (Taylor, 2019), conceito de sistema imunológico comportamental onde o indivíduo é orientado sobre suas percepções e as consequências sociais dos mecanismos de prevenção de contágio e propagação de doenças vigentes e identificadas como risco iminente.

A prática da psicologia no ambiente hospitalar, acrescida das exigências sanitárias e preventivas impostas pela covid-19, enfrentou vários fatores dificultadores dada a precária formação acadêmica sobre o tema, e também a escassa produção de conhecimento referentes à intervenção psicológica em emergências e desastres e em atendimento *online*, isto tudo acrescido do contexto estressor decorrente da urgência em processos adaptativos e técnicos (Barros-Delben et al., 2020), na busca para manter qualificada a assistência psicológica.

Houve, portanto, um impacto da pandemia em todo o sistema de saúde no país, em suas assistências nos níveis federal, estaduais e municipais, públicas e particulares, impondo distintas e imediatas exigências que foram refletidas nos ambientes de saúde, em usuários e equipes multidisciplinares, e obviamente, também na prática do psicólogo no contexto hospitalar.

Sistema de Saúde Brasileiro – O nosso SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 (Senado Federal, 1988), é uma articulação governamental voltada a assistir a população brasileira no âmbito da saúde, ofertando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação da saúde e reabilitação, ao lado de assistência medicamentosa que são ofertados por órgãos e instituições públicas, municipais, estaduais e federais, de administração direta e indireta. O Sistema Único de Saúde se propõe a atuar de forma coparticipativa e com processos sinérgicos, buscando a amplitude de procedimentos e estratégias em saúde pública e uma democratização do cuidado em saúde física e mental da população em todo território nacional.

Este sistema de saúde brasileiro é descentralizado, regionalizado e hierarquizado, atuando em rede, de forma interligada e coparticipativa (Sousa et al., 2016) onde cada esfera governamental — municipal, estadual e federal — assume campos e responsabilidades distintas, mas complementares. Sendo assim, a depender da demanda do cidadão, um desses níveis de atenção será responsável pela oferta de cuidado à saúde:

O SUS apresenta fluxo para atendimento de pacientes na forma de pirâmide, conforme os níveis de necessidade, são destinados ao topo da pirâmide aqueles que demandam maior aparato tecnológico, e na base, fica a maior demanda, com baixo nível de complexidade (Silva Junior & Alves, 2007, p. 9).

Assim os cuidados sanitários, de atenção básica, das unidades básicas de saúde (UBS), emergências e sistemas hospitalares, políticas de prevenção e promoção de saúde, saúde mental, distribuídos entre atenção primária, secundária e terciária, são assumidos pelos municípios e estados da federação (Brasil, 1990). As unidades hospitalares, com as atribuições da atenção

secundária, se submetem às gestões estaduais. A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária, se localizando entre a atenção primária e a terciária. Estas unidades hospitalares ofertam procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (Erdmann, 2013).

Toda a estrutura do SUS é nutrida de forma transversal por alguns princípios e diretrizes que fundamentam sua relação com a população. Os princípios são apontados na política pública do SUS (Senado Federal, 1988): universalidade, equidade, integralidade e controle social. Estes eixos buscam garantir o acesso a todos os cidadãos independente de sexo, raça, condição socioeconômica e qualquer outra particularidade social, visando também reduzir desigualdades por meio de procedimentos e investimentos que se ajustem às particularidades populacionais e, assim, assegurando cuidados em saúde humanizados e com ações integradas.

Este Sistema Único de Saúde também se norteia pelas diretrizes organizativas de regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular (Ministério da Saúde, 2000). A articulação e manutenção destes fundamentos englobam a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2010), as Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2015) e também a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (Ministério da Saúde, 2012).

Os princípios norteadores, tanto os globais quanto os organizativos, são alvo da contribuição da psicologia atuante no SUS, considerando que as aplicações e articulações inerentes a estas exigências perpassam as relações médico/paciente, paciente/família e paciente/paciente, o diálogo com a comunidade (Conselho Federal de Psicologia, 2007), bem como o acompanhamento e assistência à saúde do próprio trabalhador(a) que integra as mais variadas equipes do SUS.

Num aspecto prático, o princípio da integralidade pode orientar recursos técnicos como tratamentos e ações preventivas, o que significa dizer que a ação integral viabiliza a produção do cuidado. A ideia de uma ação integral garante visibilidade a outros aspectos que não só os biológicos, visto que as necessidades em saúde não se restringem ao bem-estar físico do indivíduo. Além disso, em se tratando das ações de saúde no âmbito do SUS, a demanda pode ser recepcionada e tratada não apenas no consultório médico e a partir da relação médico-paciente, visto que todos os profissionais de saúde podem operar o princípio da integralidade produzindo cuidado. O cuidado (autogestão em saúde), num sentido político, refere-se às ações que emancipam o indivíduo por meio da conscientização dos seus problemas, conferindo a ele lugar fundamental nas decisões que serão tomadas acerca de seu próprio processo de saúde e doença (Ballarin et al, 2010). O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Toda a estrutura pré-estabelecida do sistema de saúde brasileiro, incluindo as redes particulares, foram drasticamente impactadas, pela superlotação, exigência técnica dos profissionais, interrupção de serviços, adaptações de processos, fluxos e procedimentos. A pandemia revelou como o sistema de saúde pode ser afetado por uma emergência no campo da saúde, a sobrecarga gerada em função da elevado número de casos que pode superar a capacidade de ampliação dos serviços, na atenção primária, oferta de leitos, urgência e emergência e UTI's, e acarretar um esgotamento e adoecimento dos profissionais de saúde, pela carga de trabalho e outros adoecimentos associados como os psicológicos, interrupção de serviços de rotina, descontinuidade de tratamentos (Oliveira, 2024). Importante ressaltar que a normalização destes serviços não é de curto prazo e não ocorre imediatamente após o fim da emergência, ainda

mais em uma situação delongada como foi a pandemia covid-19 (PAHO, 2022; Batista et al., 2024).

Então, o sistema de saúde brasileiro, como em todo o mundo, foi significativamente subjugado a exigências que sobrecregaram e excederam todo o amparo técnico anterior, protocolos e estratégias tradicionais e históricas, capacidades e treinamentos profissionais previstos, e desempenhados até então, demonstrando a vulnerabilidade de sua capacidade de resposta em contextos de emergências e desastres.

A rede de saúde brasileira buscou o possível para o combate à pandemia e acolhimento da comunidade afetada. Foi estruturada e definida uma rede de assistência que incluiu hospitais de média e alta complexidade, acrescida dos hospitais de campanha e outros mais adaptados em escolas e demais estruturas.

Capítulo 2

Modelo Bioecológico e Teoria Fundamentada nos Dados

Como parte da revisão teórica que sustenta este estudo temos o componente metodológico utilizado, a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), em sua perspectiva construtivista. Para tanto, incluímos este conteúdo nesta parte da tese, e não no capítulo de método, dada a necessidade de sistematizar bases teóricas e estratégias específicas da TFD, sendo ela uma metodologia ainda em expansão e com algumas singularidades que a caracterizam dentro das pesquisas qualitativas. Do mesmo modo, o modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT), estruturante da teoria ecológica de Bronfenbrenner (2011), está descrito nesta seção do trabalho.

Modelo Bioecológico

O Modelo da Bioecologia do Desenvolvimento Humano (MBDH) de Bronfenbrenner (2011) é uma abordagem que pode ser aplicada à análise de ambientes e de participantes por meio de uma perspectiva sistêmica. Compreende-se o desenvolvimento humano como ocorrência de interações entre as características da pessoa e os diferentes sistemas ecológicos do contexto do qual o indivíduo estudado faz parte (Habigzang et al., 2005). O modelo bioecológico propõe, por meio teórico e operacional, investigação das instâncias multifatoriais de interação e da complexa rede de relações humanas formada por pessoas, lugares, tempo, atividades, papéis, instituições, entre outras (Bronfenbrenner, 2011).

O comportamento humano e seu desenvolvimento são compreendidos mediante um sistema multidirecional de inter-relações em que os indivíduos se comportam de forma ativa em seu ambiente. Essas inter-relações multidirecionais se dão entre quatro componentes interligados: Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (Modelo PPCT). O processo de desenvolvimento envolve a

fusão e a dinâmica de relação entre o indivíduo e o contexto; a Pessoa é o indivíduo e seu repertório individual de características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais; o Contexto é a dinâmica de relações dos níveis microssistema, mesosistema, exosistema e macrosistema. Por fim, o Tempo se refere ao envolvimento das dimensões múltiplas da temporalidade (p. ex., tempo ontogênico, tempo familiar e tempo histórico), constituindo o cronossistema que modera as mudanças ao longo da vida (Bronfenbrenner, 2011).

Essas quatro dimensões não são categorias pré-definidas, estanques e rígidas, mas sim uma dinâmica de mútua influência. No caso das pesquisas em desenvolvimento humano ou temas correlatos, o modelo PPCT direciona o pesquisador para uma abordagem holística e sistêmica (Silveira et al., 2009). Aprofundamos na conceituação destas dimensões da teoria bioecológica como abordagem aplicável ao intento deste estudo. O Processo se configura como a interação recíproca entre um ser e as pessoas, objetos e símbolos presentes no ambiente, que opera ao longo do tempo e produz mudanças adaptativas. A eficácia deste Processo varia substancialmente em função das características da pessoa em desenvolvimento, do contexto tanto imediato quanto mais remoto e dos períodos (Bronfenbrenner, 2011).

O componente Pessoa interfere na direção e no efeito dos Processos por intermédio, principalmente, da força, dos recursos biopsicológicos e da demanda: 1. Força - principia e regula os processos, podendo ser organizadora (curiosidade, proatividade e responsividade) e desorganizadora/inibidora (dificuldade no manejo do controle das emoções e comportamentos como impulsividade, explosividade, apatia, irresponsabilidade, baixa autoestima); 2. Recursos biopsicológicos - relacionam-se com a efetividade do processo, podendo ser ativos ao permitir o desenvolvimento positivo (capacidade, experiência, conhecimentos e habilidades necessárias para um funcionamento eficaz do processo) ou passivos ao limitar a integridade funcional (baixo peso ao nascer, dificuldades físicas, transtornos psicológicos ou de aprendizado, deficiências

adquiridas no percurso da vida); 3. Demanda - atributos da Pessoa em desenvolvimento, inatos ou não, que podem adquirir aspectos positivos ou negativos, capazes de estimular ou desencorajar reações do ambiente social (vinculados à fisiologia, maturidade, e que sofrem influência das crenças, valores e papéis sociais) (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

O terceiro componente do modelo PPCT é o Contexto, que se refere a evento ou condição fora do organismo capaz de influenciar ou ser influenciado pela pessoa em desenvolvimento. Classifica-se em sistemas socialmente organizados: microssistema (ambientes que a pessoa frequenta e relações que ela estabelece face a face); mesossistema (conjunto de microssistemas presentes no cotidiano da pessoa e suas inter-relações); exossistema (caracteriza-se por ambientes em que o indivíduo não participa diretamente, mas que acarretam influências indiretas em sua vida); e macrossistema (contextos mais amplos, composto pelos padrões globais do micro, meso e exossistemas, que envolvem ideologias, crenças e valores da sociedade em que vive a Pessoa). (Bronfenbrenner, 1996). O quarto elemento do Modelo PPCT é o Tempo, que nos possibilita compreender as mudanças que ocorrem de forma transversal a épocas, períodos ou eventos, referindo-se não somente à idade cronológica do indivíduo, mas também ao tempo social e histórico (Sifuentes et al., 2007).

A inclusão da teoria ecológica e seu modelo PPCT neste estudo, especificamente na etapa de apresentação dos resultados, se baseou na percepção de que o modelo oferta uma estratégia de pesquisa propícia que respeita os sentidos e extratos teóricos dos dados obtidos. A teoria ecológica se interessa pelas circunstâncias multifatoriais de interação e no sistema fomentado por pessoas, lugares, tempo, atividades, papéis, instituições, entre outras possíveis e existentes. Outra razão da utilização da estrutura PPCT que a teoria oferta é sua funcionalidade na análise interacional entre ambientes e participantes concebendo a adaptação humana como resultante das

interações entre as características da pessoa e os variados contextos nos quais o indivíduo estudado participa ao longo de um período (Bronfenbrenner, 2011).

Nosso estudo é orientado pela busca da compreensão dos resultantes comportamentais laborais, adaptações e efeitos decorrentes da interação entre os elementos: pessoa (psicólogo/a e suas singularidades), processo (práticas exercidas pelos/as psicólogos/as), contexto (relações e interações praticadas em determinado ambiente) e tempo (antes, durante e depois da pandemia), explorando um ponto de vista contemporâneo da psicologia da saúde.

Pesquisa Qualitativa Generalista e Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)

Mesmo incluída nas práticas qualitativas de pesquisas, alguns elementos distinguem a TFD (Charmaz, 2014) e lhe atribuem individualidade, são eles: a) o uso de memorandos; b) a prática de análise comparativa constante; c) coleta de dados e os participantes serem geridos por amostragem teórica; d) aplicação da saturação teórica e; e) a condução para a produção de uma sistematizada teoria, sendo substantiva ou formal.

- a) Memorandos, documentos técnicos que orientam a pesquisa, instruem leitores e descrevem a mineração dos dados, como também ofertam visibilidade, transparência e sistematicidade aos processos subjacentes das construções teóricas da TFD. Este procedimento demonstra as anotações analíticas, ensaios, descrição das construções de códigos, categorias, como também possibilitam análises, reflexões, permitem o agrupamento de um grande volume de textos que preservam dados originários e primitivos que propiciam outras análises (Prigoll & Behrens, 2019). Segundo Charmaz (2014), os memorandos são estratégias de redação pelos quais conseguimos distinguir as categorias das subcategorias, delinear o modo como elas estão

relacionadas e enquadrá-las teoricamente. Estes documentos são elaborados ao longo de toda a pesquisa, conforme a sensibilidade técnica do pesquisador.

- b) Outro procedimento metodológico distintivo e inerente à TFD está no encadeamento da análise dos dados, onde os dados são submetidos a um contínuo processo de comparação, denominado na TFD de análise comparativa constante (Charmaz, 2009).
- c) A amostragem teórica é outra distinção característica da TFD, percebida no processo de envolvimento dos participantes na coleta, onde não há definição preestabelecida de quantitativo, proporcionalidade ou amostragem representativa, este acréscimo e incorporação pode ser exercida ao longo do estudo conduzido pela sensibilidade teórica do pesquisador. Pela dinâmica cíclica do método da TFD pode-se, a partir da emergência de necessidades complementares, buscar a obtenção de novos dados mediante acréscimos de contextos, eventos, indivíduos relevantes e vinculados ao fenômeno em estudo, visando um enriquecimento da construção teórica de hipóteses, aprofundamento de conceitos, bem como a consolidação e refino no delineamento das categorias. Este processo iterativo atribui aos dados uma dupla propriedade, são resultantes e, ao mesmo tempo, geradores de novos dados, utilizando-se de dedução, indução e verificação, em uma dinâmica cíclica de refinamento e adensamento teórico (Dantas et al., 2009; Kenny & Fourie, 2015).
- d) A saturação teórica é o recurso balizador da TFD, ela sinaliza o alcance de proporção e delineamento suficientes para responder ao rigor científico, e uma satisfatória mineração dos dados. A compreensão da obtenção desta saturação é uma tomada de decisão atribuída à sensibilidade técnica do pesquisador que identifica que não há surgimentos de novos dados decorrentes da comparação e análise constantes (Dantas et al., 2009; Kenny & Fourie, 2015).

e) A aplicação destes elementos particulares da TFD, incorporados aos preceitos das pesquisas qualitativas, buscam um delineamento de conhecimento específico que resulte na elaboração de uma teoria, que pode se caracterizar como teorias formais ou substantivas, a depender da amplitude da coleta de dados e aplicabilidade do produto teórico da pesquisa (Charmaz, 2009; Kenny & Fourie, 2015; Rieger, 2019). Temos uma teoria formal quando seu desenvolvimento apresenta concepções aprofundadas na obtenção de dados e em contextos generalizados. Para Glaser e Strauss (1967), as teorias formais são as mais amplas e que têm a pretensão de serem aplicadas a diferentes disciplinas, interesses e problemas. As teorias substantivas buscam priorização de fenômenos estudados, pretendem assimilação da complexidade da vida social, não possuem a característica de generalização, é uma teoria delimitada e aplica-se na compreensão de relações, experiências e estratégias específicas construídas por determinados grupos (Goulding, 2002). Pontua-se que as teorias substantivas podem fundamentar o desenvolvimento de teorias formais, a partir de desdobramentos e aprofundamentos na pesquisa (Charmaz, 2009; Kenny & Fourie, 2015).

As teorias substantivas são validadas por Locke (2001) e Goulding (2002) como procedimento de pesquisa habilitado para captação e compreensão de realidade cotidiana de indivíduos em contexto social específico investigado, onde as teorias formais não intentam aprofundamento ou são insuficientes para tal explanação.

A TFD é orientada pelas concepções qualitativas, busca a construção de elaborações teóricas que expliquem ações em determinados contextos sociais, focando a apreensão e compreensão de estratégias e concepções específicas desenvolvidas/utilizadas por

indivíduos/grupos para enfrentamento de problemas e contextos específicos e desafiantes, buscando relações causais, interações específicas e funcionais (Evans, 2013).

A TFD busca o discernimento e apreensão de repertórios comportamentais estruturados por indivíduos como recurso adaptativo em circunstâncias e cenários específicos, exemplificados pelas interações, experiências e respostas psicoemocionais apresentadas por ele. A construção teórica da TFD se dá de forma indutiva e originada essencialmente nos dados, identificando processos existentes em dinâmicas sociais e possíveis correlações com outras teorias existentes, buscando agregar conteúdo e expandir os conhecimentos em determinada área. Este desenvolvimento analítico é efetivado por meio da codificação inicial para derivação de diretrizes conceituais ou hipóteses que nortearam a intenção de novos dados e participantes, buscando maior refinamento e amostragem de dados, durante todo o processo, para a geração de uma teoria (Cassini et al., 1996).

Por sua caracterização flexível e iterativa aplicada na constante comparação dos dados, a TFD é recomendada, e qualificada, principalmente quando o fenômeno a ser estudado ainda não possui arcabouço teórico constituído ou é exígua a produção científica sobre o tema (Gomes et al., 2015), o que caracterizou o cenário pandêmico por covid-19, variantes e consequências psicofisiológicas. Segundo Charmaz (2009), ao se optar pela teoria fundamentada como metodologia de pesquisa, a coleta de dados é iniciada desde o primeiro contato com o campo, utilizando de ferramentas e conceitos provisórios, seguindo a partir de caminhos diversos e variados dependendo de onde o pesquisador quer chegar ou a análise dos dados o leva. A TFD se orienta em agrupar dados empíricos concebidos por meio de observações, interações e dos materiais que são reunidos sobre o tópico ou sobre o ambiente, dos eventos e instituições, estes dados são a base da pesquisa e da teoria substantiva ou teorização que venha emergir dela (Charmaz, 2009).

A TFD permite, após identificar os primeiros dados, separá-los, classificá-los e sintetizá-los por meio da codificação qualitativa, sendo que esta codificação inicial oferta novos elementos para as próximas tomadas de decisões na condução da pesquisa. A metodologia exploratória proposta pela TFD é adequada dado o cenário que ocorre essa investigação: campo da saúde, seus profissionais e contextos atípicos recentes, pois adapta-se na função de apreender a diversidade de dados, fatos, informações e experiências do pesquisador para o desenvolvimento de conhecimento a partir de dados empíricos (Prigol & Behrens, 2019).

Charmaz (2009), citando Glaser e Strauss (1967), salienta a primazia e amplitude de oferta de conhecimento dos dados na TFD: “tudo são dados”. Na perspectiva construtivista, os dados são também os fenômenos sociais, pois vão além de elementos captados por qualquer tipo de pesquisa, mas são essencialmente construídos, os dados são orientativos, mas também produtos.

Na conduta da TFD temos a aplicação dos conceitos sensibilizantes que oferecem uma forma geral de ver, apresentam distinções significativas, mas não a especificidade operacional de conceitos definidos (Charmaz, 2006). Os conceitos sensibilizantes são como sentidos ou noções prévias que norteiam o pesquisador no decurso da coleta e análise dos dados obtidos, sem impor categorias rígidas. Então os conceitos sensibilizantes se diferenciam de conceitos definidos previamente porque eles sugerem sentidos de investigação, mas não limitam; provocam perguntas, em vez de fornecer respostas prontas; auxiliam o reconhecimento de padrões, significados e relações emergentes dos dados e se apresentam como flexíveis e interpretativos (Charmaz, 2006).

Usar a teoria fundamentada significa mais do que abertura para aprender sobre a vida dos participantes, significa também tornar transparente o que os pesquisadores aprendem, mostrando como a pesquisa foi conduzida de forma completa e sistemática (Charmaz & Thornberg, 2021).

Teoria Fundamentada em Dados: Concepção Construtivista

O presente estudo se prospecta de caráter qualitativo, conduzido e instrumentalizado por princípios selecionados da TFD em sua perspectiva construtivista. Esta perspectiva foi proposta na década de 2000 por Kathleen Charmaz (Santos et al., 2018), uma socióloga que interatuou academicamente com Barney Glaser e Anselm Strauss, que foi seu orientador de doutorado, ambos teóricos precursores da TFD (Charmaz & Keller, 2016).

A publicação que fundamenta a proposta construtivista da TFD teve sua versão inaugural em 2006 com o livro de Charmaz, intitulado *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*, traduzido para o português e disponível no Brasil em 2009 (Charmaz, 2009; Charmaz & Keller, 2016). A Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista tem sido internacionalmente aplicada de forma crescente nos últimos anos, em diferentes e múltiplos campos de estudo, dada sua caracterização aberta e habilidade na captação e análise de dados (Metelski et al., 2021).

A TFD em sua vertente construtivista, por vezes denominada TFDC, intenciona a produção de teorias que sejam representações de contextos e interações, captadas e interpretadas das/nas próprias vivências dos indivíduos envolvidos (Metelski et al., 2021). A TFDC considera que estas representações são emergentes em determinado contexto e tempo referente, podendo apresentar variabilidades. Esta compreensão gera o desenvolvimento de uma teoria que é resultante da mútua atuação de pesquisador e sujeitos da pesquisa (Charmaz, 2009; Kenny & Fourie, 2015; Leite, 2015; Santos et al., 2016; Tarozzi, 2011).

Na proposta de Charmaz (2009), a teoria desenvolvida é interativamente construída entre pesquisador e participantes, mediada por instrumentos de pesquisa, dentre eles as entrevistas. Portanto, para Charmaz (2009), os dados obtidos pela realização de entrevistas estruturados por

concepções interpretativas, tanto do participante quanto do pesquisador, pois são produzidos durante a interação entre ambos, sendo que as perguntas são arbitradas pelo pesquisador e as respostas são projeções pessoais do participante. Também podemos considerar influências emergentes do pesquisador na análise dos dados. Buscando a assimilação e registro destas concepções emergentes, segundo Charmaz (2009), nos momentos de iteração pesquisador-participante as entrevistas podem se estruturar pela composição de:

- Quesitos sensíveis (identificação de atores implicados no fenômeno);
- Quesitos orientadores (utilizados para condução das entrevistas e com possibilidade de atualização constante);
- Quesitos teóricos (auxiliam no descortinar e assimilar o processo, variações, conexões e construções conceituais);
- Quesitos estruturais (auxiliam a estruturação e desenvolvimento da proposição teórica).

O pesquisador aplica a comparação constante dos dados, buscando um refinamento dos conceitos e teorização, por meio de mais explicações, promovendo assim uma transição da perspectiva descriptiva para a perspectiva de abstração.

Para aplicação do rigor científico na qualidade e validade da sua produção, o pesquisador que se utiliza da TFDC inclui em seus critérios avaliativos não só a relação entre participantes e fenômeno investigado, como também a sua própria relação com ambos os elementos que sugerem os dados obtidos. O pesquisador, a partir de uma compreensão da TFDC, se atenta à diligência de sua prática em todo o processo para redução dos potenciais vieses provenientes das diádicas entre pesquisador/participante, pesquisador/fenômeno e pesquisador/ambiente (Metelski et al., 2021).

Assim, a perspectiva de TFDC, proposta por Charmaz, oferta maior competência e versatilidade na obtenção, análise e compreensão de fenômenos (Tie et al., 2019) e processos de interação e resposta dos indivíduos a contextos específicos (Apramian et al., 2017). O estabelecimento de uma teoria que descreva esse processo é objetivo da TFDC, considerando que sua produção é derivada da interatividade entre o pesquisador e os dados, sua concepção analítica de como o indivíduo vivencia o fenômeno pesquisado e quais estratégias ele desenvolve/inaugura a partir desta experiência (Metelski et al., 2021).

A vertente construtivista da TFD se diferencia das outras vertentes, como a clássica e a straussiana, por dois aspectos significativos para a escolha desta perspectiva para realização deste estudo (Tabela 1).

Tabela 1.

Caracterização de Vertentes da Teoria Fundamentada¹

Vertentes TFD	Clássica	Straussiana	Construtivista
Divergências	Filosofia	Positivismo moderado	Pós-positivismo e Interacionismo Simbólico
	Literatura	Somente ao final	Em todas as etapas
	Codificação	Original para descobrir a teoria	Rigorosa para criar a teoria
Convergências	<ul style="list-style-type: none"> • Amostragem teórica • Análise comparativa constante • Memorandos • Teoria substantiva x teoria formal 		

Nota. ¹ Adaptado de Kenny e Fourie (2015).

Os elementos práticos distintivos da TFDC são o uso da literatura de forma transversal a todo o estudo e a codificação aberta. Na TFDC o arcabouço teórico tem seu aproveitamento enquanto delimitador do fenômeno de estudo e promotor de credibilidade e capacidade

argumentativa por parte do pesquisador ao justificar sua escolha de tema, e deve incluir publicações de pesquisas além da perspectiva da TFD ou TFDC (Gomes et al., 2015). Essa revisão teórica também é útil para que o pesquisador possa comunicar à comunidade científica, de forma teoricamente amparada, as suas intenções e justificativas de seleção daquele tópico de estudo (Charmaz, 2009). Também a consideração de teorias prepostas instrumentaliza o pesquisador para melhor refino e sensibilidade teórica na coleta e consideração dos dados, na identificação de correlações entre eles, sensibilidade otimizada para interpretação e identificação dos conhecimentos inerentes aos dados, exercendo assim a coesão adequada e proporcionalidade entre precisão científica e criatividade (Barreto et al., 2018), sendo que este procedimento de confrontação teórica é retomado após a análise de dados para que não haja viés na apreciação dos dados por parte do pesquisador (Santos et al., 2018).

Uma vez concluída a etapa de codificação e categorização dos dados, considerando outros estudos e teorias publicadas, o pesquisador apontará com sua análise, resultados e conclusões geraram ampliação e enriquecimento ao já existente arcabouço teórico científico preambular referente àquele tema (Charmaz, 2009; Goudind, 2017).

A aplicação da codificação aberta é outra conduta distinta da TFDC e que a diferencia das demais vertentes da TFD. A codificação, etapa crítica na análise dos dados, indicará os elementos essenciais que podem ser captados nas práticas, processos, experiências e significados existentes em cada participante, em sua singular vivência em determinado tempo, contexto e ocorrência, e quais as estratégias e conhecimentos são por ele produzidos, sendo que a TFD não utiliza códigos pré-concebidos, sendo eles gerados a partir da emergência dos dados na coleta inicial de dados (Charmaz, 2009).

Na TFDC esta codificação é um sistema aberto onde, durante a análise dos dados, novos códigos podem ser gerados, tanto os códigos obtidos na coleta direta de dados quanto os

emergentes da análise são produtos e constituintes do processo que efetua constante comparação entre eles (Charmaz, 2009). O pesquisador exerce interação ativa com os dados e originando novos códigos que sempre são analisados por comparação. Essa emergência de informações gera aprendizagem sobre a realidade empírica que propicia entendimento acerca das experiências e percepções particulares dos participantes (Santos et al., 2018), sendo imprescindível que o pesquisador mantenha sempre a precaução em relação aos vieses potenciais decorrentes do fato que ele que escolhe as palavras que formam os códigos e são influenciados por suas particularidades (Charmaz, 2009).

Capítulo 3

Justificativa e Objetivos do Estudo

É profícuo e oportuno gerar conhecimento empírico acerca das práticas e modos de atuação dos psicólogos que foram adaptadas ou desenvolvidas em ambiente hospitalar no contexto pandêmico. Na proporcionalidade do cenário inédito, atípico e de alta complexidade devido a esta pandemia, pressupõe-se uma adaptação da psicologia da saúde praticada nos hospitais. Destaca-se que a relevância das questões científicas deste estudo extrapolam os benefícios para o período atual e se projetam em contextos futuros, dada a reverberação prevista de ameaças à saúde mental da população, denominada de “quarta onda pandêmica” caracterizada pela intensificação de vulnerabilidades e sequelas psicológicas moderadas ou severas de sintomas depressivos, ansiedade, estresse, fobias específicas, evitação, comportamento compulsivo, sintomas físicos e prejuízos no funcionamento social (Qiu et al., 2020; Wang et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Além do que, toda a urgência e enfrentamento dessas repercussões na saúde mental será direcionada, em grande parte, ao sistema público de saúde e ao psicólogo atuante nos hospitais da rede.

Intenta-se, e consideramos relevante, conhecer as bases teóricas utilizadas para adaptação das práticas e o que tecnicamente será a herança profissional da psicologia da saúde em período pós pandemia. Sistematizar este conhecimento produzido poderá se constituir em recurso complementar para referenciar práticas futuras, que proporcionarão uma compreensão do perfil, competências e habilidades teórico-práticas do psicólogo hospitalar no novo contexto, bem como poderão subsidiar uma qualificação contínua da assistência psicológica que é oferecida à população de usuários do sistema de saúde. E, assim, obter deste período pandêmico um aprendizado científico acerca do desenvolvimento profissional e técnico, bem como ampliar

conhecimentos sobre o ser humano e sobre competências e habilidades do psicólogo da saúde em atuação hospitalar. A pertinência de se pesquisar e produzir conhecimento empírico acerca da prática do psicólogo em contexto pandêmico é justificada pelo ineditismo e pela gravidade do momento que a humanidade viveu, ainda vive, que poderá viver, e que repercutem nos serviços de saúde.

Objetivos

Considerando o cenário de emergências e desastres desencadeado pela pandemia por covid-19, o objetivo principal desta pesquisa é identificar contribuições para a assistência hospitalar de psicólogos da saúde em contexto pandêmico.

São objetivos específicos:

Descrever e analisar as práticas e adaptações profissionais que o/a psicólogo/a implementou, e ainda está implementando e executando, em unidades hospitalares públicas de saúde do Estado de Tocantins, comparando os períodos pré, intra e pós-pandemia; investigar os fundamentos teóricos e os recursos técnico-metodológicos utilizados para a adaptação das práticas psicológicas para fazer frente às emergências hospitalares; e identificar as possíveis heranças desses modos de atuação em um mundo profissional da psicologia pós pandemia, percebidas pelos participantes.

Capítulo 4

Método

Percorso Metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo método caracteriza-se por abordar questões relacionadas às singularidades do campo e dos indivíduos pesquisados, permitindo o aprofundamento das investigações, a combinação de histórias de vida com contextos sociohistóricos, tornando possível a compreensão dos sentidos que produzem mudanças nas crenças e valores que motivam e justificam as ações dos informantes (Muylaert, 2014). A condução metodológica foi norteada pela Teoria Fundamentada nos Dados em sua perspectiva construtivista (TFDC) proposta por Charmaz (2009). Foram observadas, conforme a TFDC, todas as possíveis adaptações de processos e instrumentos com o propósito de assegurar consistência ao delineamento da pesquisa, com consequente refinamento e qualificação dos conhecimentos obtidos (Silva & Barbosa, 2019; Silva & Oliveira, 2015). A teoria ecológica de Urie Bronfenbrenner (2011), em seus elementos PPCT – Processo, Pessoa, Contexto e Tempo – orientou a organização da apresentação dos resultados.

Justificando a Escolha da Perspectiva Construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados como Perspectiva Metodológica

A opção pela condução teórico-metodológica deste estudo seguirá o delineamento proposto pela Teoria Fundamentada nos Dados em sua perspectiva construtivista. Considerando a singularidade do contexto imposto pela pandemia, as restrições relevantes e adaptações impostas à prática psicológica, as excepcionalidades das ocorrências dentro do escopo de atuação dos

psicólogos hospitalares (dinâmica atípica de contágio e propagação, número elevado de óbitos, remodelação de ambiência, demanda emergente de adaptações técnicas da prática psicológica, agravos psicológicos envolvendo familiares e equipes de saúde, constantes atualizações sanitárias etc.), temos um contexto de pesquisa complexo e singular, requerendo assim uma metodologia que suporte esse ineditismo.

Então, para atingir os objetivos deste estudo, voltado para a compreensão das adaptações técnico-científicas promovidas pelos psicólogos da saúde em ambientes hospitalares, quais as matrizes teóricas acessadas para responder às demandas funcionais? E quais as possíveis heranças comportamentais decorrentes do contexto atípico experimentado e que resulte no delineamento de uma teoria de um novo/remodelado perfil do psicólogo hospitalar? Compreendemos a Teoria Fundamentada nos Dados em sua perspectiva construtivista como competente para tal projeção.

Fundamentamos nos seguintes preceitos nossa predileção pela utilização da TFD, em sua perspectiva construtivista, neste estudo:

- Permeabilidade teórica da pesquisa que permite que contribuições e comparações sejam feitas entre o produzido pelo estudo e o conhecimento emergente das demais pesquisas contemporâneas realizadas, permitindo um delineamento que favoreça um resultado relevante e atualizado por parte desta pesquisa.
- Por sua caracterização flexível e iterativa aplicada na constante comparação dos dados, a TFD é recomendada, e qualificada, principalmente quando o fenômeno a ser estudado ainda não possui arcabouço teórico constituído ou é exígua a produção científica sobre o tema (Gomes et al., 2015).

- A metodologia exploratória proposta pela TFD é adequada dado o cenário que ocorre essa investigação: campo da saúde, seus profissionais e contextos atípicos recentes, pois adapta-se na função de apreender a diversidade de dados, fatos, informações e experiências do pesquisador para o desenvolvimento de conhecimento a partir de dados empíricos; alinhada com a perspectiva construtivista, torna-se habilitada para apreensão da realidade exercida no contexto pesquisado, levando em conta as multidimensionalidade e multicausalidade dos fenômenos (Prigol & Behrens, 2019).
- Na TFD, a postura e foco do pesquisador emergem durante o processo de pesquisa e não se pré-determina em momento anterior ao início da investigação empírica. Usar a teoria fundamentada significa mais do que abertura para aprender sobre a vida dos participantes, significa também tornar transparente o que os pesquisadores aprendem, mostrando como a pesquisa foi conduzida de forma completa e sistemática (Charmaz & Thornberg, 2021).
- Na TFDC (Charmaz, 2009) a teoria desenvolvida é “coconstruída” entre pesquisador e participantes, através de interação mediada por instrumentos de pesquisa e os dados obtidos são concebidos por concepções interpretativas tanto do participante quanto do pesquisador, pois são produzidos durante a interação entre ambos, sendo que as perguntas são arbitradas pelo pesquisador e as respostas são projeções pessoais do participante.
- A perspectiva de TFDC oferta maior competência e versatilidade na obtenção, análise e compreensão de fenômenos (Tie et al., 2019) e processos de interação e resposta dos indivíduos a contextos específicos (Apramian et al., 2017).

Considerando a dinâmica construtivista da TFD para execução das análises dos dados, observaremos a estratégia proposta por Charmaz (2009), onde aplica-se o método comparativo que recomenda o emprego da leitura analítica linha-por-linha na busca e identificação de ações descritas que sejam demonstrações explicativas das estratégias desenvolvidas pelos indivíduos no contexto de ocorrência do fenômeno pesquisado.

Memorandos podem ser redigidos (Charmaz, 2009) com o objetivo de minuciar a codificação e categorização dos dados para que o leitor seja informado das estratégias conceituais exercidas pelo pesquisador. Os memorandos também serão utilizados como dados sincrônico produzidos e que são úteis para comparação com categorias e conceitos produzidos posteriormente na condução do delineamento da teoria. Os diagramas (Charmaz, 2009) serão utilizados como forma de ilustrar a dinâmica subjacente aos resultados alcançados.

Demonstrando na forma de diagrama (Figura 1), temos o processo analítico proposto na seguinte sequência.

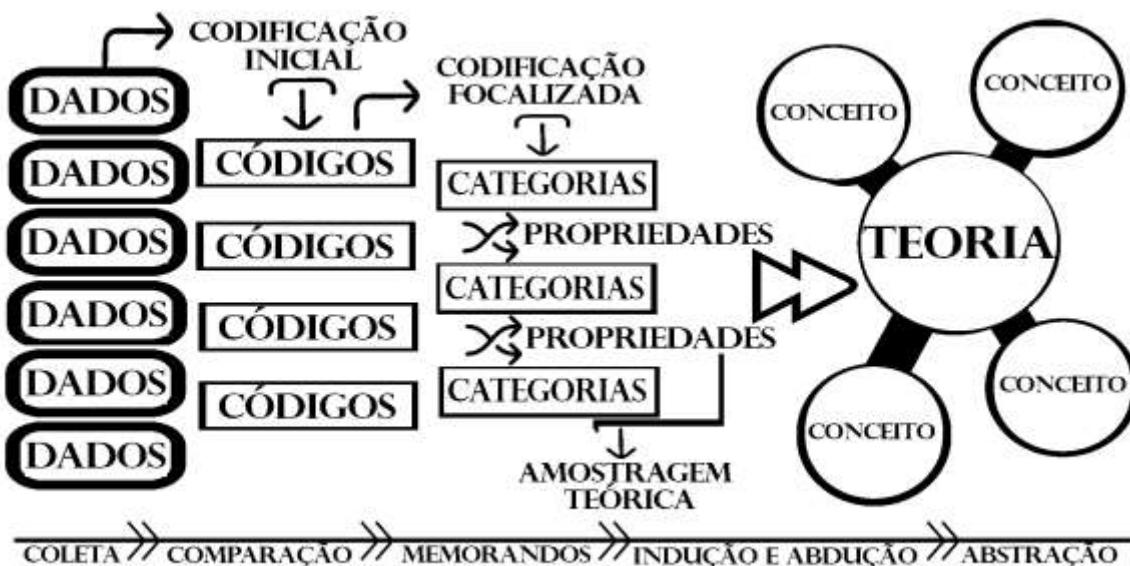


Figura 1. Diagrama Analítico da TFDC

Os resultados alcançados foram submetidos à validação proposta na TFDC. Esta validação não é uma verificação de verdade objetiva, mas a observação de consistência interpretativa, empírica e prática da teoria. É avaliada a partir da coerência dos dados, pela aplicabilidade e competência em representar o fenômeno analisado. A TFDC não concebe a validação na perspectiva positivista (exatidão, replicação), mas sim por meio de critérios de qualidade teórica e analítica, fidelidade no vínculo com os dados, na vivência dos participantes e na sensibilidade científica do pesquisador (Birks, & Mills, 2015; Charmaz, 2006; Charmaz, 2014; Denzin & Lincoln, 2018). As validações observadas neste estudo, fundamentadas na TFDC, foram as seguintes: a) validação interna respeitando a coerência entre os dados, comparação constante respeitando a emergência dos dados e a saturação teórica; b) validação reflexiva onde é observada a transparência no processo e o pesquisador reconhece sua posição e possível influência no processo com análise crítica dos próprios vieses e c) validação narrativa na qual atenta-se à fluidez entre dados, categorias e ilustrações representativas e consistentes com trechos de falas.

Participantes

A seleção dos participantes foi do tipo intencional e não probabilística, composta por psicólogos/as lotados/as em unidades hospitalares públicas do Estado do Tocantins que atuam ou atuaram diretamente com pacientes com covid-19, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: fazer parte do quadro efetivo de servidores dos hospitais do estado; ter no mínimo, dois anos de trabalho na instituição hospitalar; e que estiveram, lidando de forma direta com pacientes positivados para covid-19.

Atualmente, são 17 unidades estaduais hospitalares no Estado do Tocantins entre as de referência regional, de pequeno porte e maternidades, sendo que nem todas as unidades foram disponibilizadas para acolhimento e atendimento de infectados por covid-19. Entre as unidades de saúde para enfrentamento pandêmico houve constante reorganização estrutural, conforme a gestão de regiões com maior ou menor incidência de casos. A quantidade de psicólogos/as entre os servidores das instituições estaduais passou por constante variação, dado o rodízio decorrente da infecção por covid-19, os que usufruíram férias disponíveis, afastamentos previstos em lei por estarem em grupo de risco ou ocorrência de sequelas pós-covid-19. Uma realidade administrativa foi aplicada neste período, dada a redução no número de psicólogos disponibilizados nas unidades hospitalares, na modalidade de contratos temporários. Assim novos psicólogos foram incorporados às equipes multi presentes nos hospitais estaduais.

No período de rastreamento dos participantes estima-se que havia em torno de 30 psicólogos/as em atuação no estado em equipes de atendimento a casos de covid-19 que atendiam aos critérios de inclusão desta pesquisa: a) fazer parte do quadro efetivo de servidores dos hospitais do estado; b) ter, no mínimo, dois anos de trabalho na instituição hospitalar; c) ter lidado de forma direta com pacientes positivados para covid-19 e seus familiares.

Do conjunto de psicólogos que atenderam aos critérios, 11 consentiram participar do estudo. Estes participantes possuíam idades entre 37 e 48 anos, e tinham entre 10 e 23 anos de atuação em hospital; destes, três se declararam do gênero masculino e oito do gênero feminino. A formação acadêmica dos participantes se distribuiu com dois deles com mestrado, seis com especialização *lato sensu* e três tinham o curso de graduação. Quanto à distribuição geográfica dos participantes, buscou-se uma dispersão equilibrada aplicando arranjo de escolha nas três regiões geográficas intermediárias, norte, centro e sul, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), respeitando a proporcionalidade de quantitativo populacional e de

psicólogos atuantes, a saber: a região das cidades de Araguaína (norte), Palmas (centro) e Gurupi (sul).

Instrumentos

Os recursos técnicos e científicos utilizados para a condução dos processos de coleta, análise e refinamento dos dados foram: a) roteiro de entrevista com questões norteadoras abertas para coleta de dados individual, elaborado para o estudo, mediante conteúdo específico que foi gravado em áudio e transscrito, posteriormente, de forma imediata para maior fidelização das evidências na interação entre pesquisador e participante; b) redação de memorandos para registros de processos de obtenção de dados, codificação e comparação constante de dados/códigos/categorias, e; c) elaboração de diagramas auxiliares no processo contínuo de coleta e análise dos dados.

No que tange à coleta de dados, a entrevista individual, elaborada para o estudo, incluiu dados pessoais, sociodemográficos, detalhamento do exercício laboral e vínculo empregatício, dados acerca da atividade como psicólogo/a em atuação no ambiente hospitalar como formação, recursos e caracterização da prática profissional nos momentos pré, intra e pós pandemia (Anexo 2). Estruturando a coleta de dados também foram inquiridos temas referentes à composição e atuação da prática da psicologia em equipes multidisciplinares, condutas do psicólogo dentro do hospital e as imposições adaptativas profissionais em cenário pandêmico, perfil compreendido como adequado para psicólogo da saúde no ambiente hospitalar no manejo da covid-19, comportamentos profissionais do psicólogo decorrentes da pandemia, recursos acessados e estratégias desenvolvidas para desempenho e execução das funções do psicólogo diante do contexto de emergência e adequações de procedimentos psicológicos.

Coleta de Dados

Primeiramente, informações funcionais dos servidores elegíveis para participação na pesquisa foram levantadas no sistema de gestão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, bem como a autorização para a atividade de pesquisa em instituições estaduais solicitada junto ao Núcleo de Pesquisa da Escola Tocantinense do SUS (ETSUS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília, sendo aprovado pelo parecer nº 4.994.874. Ademais, foi devidamente submetido à instituição, e deferida, a autorização da Secretaria do Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO), bem como autorizações independentes de cada uma das unidades hospitalares onde os participantes estavam lotados. Todo o transcurso da coleta de dados observou o proposto pelo Ofício Circular N.2/2021/CONEP/SECNS/MS da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde que orienta os procedimentos em pesquisas em ambientes virtuais.

O processo de coleta de dados, portanto, seguiu as etapas descritas a seguir:

Etapa 1 – Contato preliminar com psicólogos da saúde atuantes em ambientes hospitalares

A partir do levantamento da lista dos profissionais que atendiam aos critérios de tempo de atividade de dois anos em hospitais estaduais, foi feito contato telefônico inicial para certificação de que os profissionais atendiam ao critério de estar em atuação em hospitais, e que assistiram pessoas com covid-19. A partir desta identificação, os psicólogos foram contatados e convidados a participar da pesquisa, mediante e-mails enviados ou por meio de comunicação indicado pelo participante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) foi encaminhado e solicitado o registro de aceite por meio de assinatura virtual em documentos no formato PDF (*Portable Document Format*) recorrendo à tecnologia pública e acessível disponível, para

obtenção de concordância quanto à participação na pesquisa. Posteriormente foi feito o agendamento para realização das entrevistas.

Etapa 2 – Entrevista (Anexo 2)

A entrevista ocorreu de forma online, por meio da utilização de *software* para mediação de comunicação virtual. Foi enviado ao canal de comunicação virtual indicado pelo participante o *link* para acesso ao ambiente virtual. A entrevista *online* seguiu todos os preceitos éticos de esclarecimentos iniciais sobre aspectos da pesquisa, direitos do participante e deveres do pesquisador. O participante respondeu a perguntas referentes ao roteiro proposto pelo pesquisador. O aceite do participante foi coletado de forma virtual – em gravação de áudio/vídeo – bem como em registro de assinatura eletrônica em TCLE (Anexo 2).

Na entrevista os participantes foram questionados acerca da prática psicológica intra-hospitalar, pré e pós pandemia por covid-19. Durante a realização da entrevista os participantes foram convidados a se localizarem nos períodos específicos: a) pré pandemia onde a pandemia inexistia e o participante exercia o cotidiano regular no ambiente hospitalar; b) intra pandemia onde os números estatísticos de óbitos e contaminações alcançaram seu ponto mais elevado de ocorrências e refletia no aumento da demanda intra hospitalar direcionada à psicologia, e; c) pós pandemia quando as vacinas já haviam sido ministradas nacionalmente e as mortes e contaminações estavam em taxas consideradas controladas e em redução contínua. Pontuamos que para fins de coleta de dados o período pós pandemia a ser considerado para as respostas foi até o momento em que as entrevistas foram realizadas.

As transcrições se deram de forma imediatamente posterior à realização da entrevista na busca de maior fidelização e refinamento na codificação e análise dos dados, sendo tudo devidamente registrado em memorandos eventuais.

Riscos e Benefícios

Foram ponderados possíveis riscos e prejuízos, bem como benefícios e contribuições, resultantes da participação nesta pesquisa, considerados os aspectos humanos, tecnológicos e de procedimentos executados nos processos de coleta de dados e de interação com pessoas e ambientes. Os riscos eventualmente relacionados à participação na pesquisa podiam incluir desconfortos psicológicos e emocionais associados aos temas que foram debatidos nos encontros, à autoavaliação do estresse, à descrição de atividades laborais na pandemia, bem como rememorações de eventos e práticas que submetam os participantes à evocação de emoções negativas. Inclui-se nos riscos possíveis aqueles oriundos da utilização dos meios tecnológicos, como internet e *softwares* operacionais.

Considerando os benefícios deste estudo, admitimos a obtenção de conhecimento singular e intrínseco a um contexto pandêmico único, onde a atuação da psicologia da saúde em ambiente hospitalar foi campo de práticas relevantes no enfrentamento de uma pandemia de aspectos mortais e globais. Destacando os/as psicólogos/as, comprehende-se que o conhecimento adquirido por meio deste estudo com a contribuição dos profissionais é profícuo para referências futuras, favorecendo a expansão de repertório comportamental/profissional, otimização e consolidação de intervenções psicológicas, promovendo qualificação e aperfeiçoamentos técnicos e teóricos no âmbito da psicologia da saúde. Também é fator protetivo conhecer os impactos na saúde psicoemocional do profissional de psicologia no manejo e assistência à saúde mental da população.

Análise e Sistematização dos Dados

A condução da análise e elaboração teórica dos dados deste estudo foi conduzida seguindo estratégia da TFDC (Charmaz, 2009), aplicando leitura analítica linha-por-linha, coleta e comparação constante entre os códigos, entre códigos e conceitos, os conceitos entre si, entre conceitos e categorias e a redação de memorandos.

A codificação inicial é caracterizada pela provisoriade e captura das ações e seus significados, a coleta e a análise dos dados podem ocorrer de formas simultâneas e interativas. A codificação nomina de forma objetiva um segmento de dados que represente, e sintetize, um conjunto maior de elementos teóricos, é o primeiro movimento de interpretação analítica sobre os dados (Charmaz, 2009).

Inicialmente a codificação foi realizada por meio da atribuição de códigos provisórios, abertos, que se referenciavam a ações, que segundo Charmaz (2009), é uma estratégia que visa assegurar rigor científico na busca da compreensão de fenômenos como “o que está acontecendo?” e “como estão se comportando os indivíduos dentro deste contexto específico?”, além do que é relatado, mas confirmado na prática do entrevistado. O pesquisador deve tomar o cuidado para não cometer “saltos conceituais”, quando na análise ignora-se dados importantes chegando a conceitos sem a devida fundamentação (Charmaz, 2009).

A emergência temática nesta etapa deve ser respeitada pelo pesquisador, que deve manter postura aberta e neutra, para captação de conteúdos apresentados pelos dados e seguir quaisquer deslocações que os dados apontem. Exemplificamos a codificação de forma mais concisa e orientada à concepção teórica utilizada neste estudo, a Teoria Fundamentada nos Dados na perspectiva Construtivista (Tabela 2).

Tabela 2.

Etapas da Codificação na Teoria Fundamentada nos Dados na Perspectiva Construtivista e Aplicadas neste Estudo²

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Codificação Inicial		Identificar ações e vivências nos relatos dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar linha a linha das entrevistas; • Identificar e organizar por códigos que respondam “o que está acontecendo aqui”; • Estruturar códigos in vivo a partir de declarações dos participantes, insights do pesquisador e possíveis referências nos memorandos.
Codificação Focalizada		Organização dos códigos por frequência e relevância direcionando para refinamento da análise	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturar códigos focalizados a partir dos códigos iniciais mais frequentes e/ou relevantes;
Conceituações		Organizar conceitos identificados no refinamento resultante da análise e comparação cíclica dos códigos e categorias	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer agrupamento de códigos focalizados para estruturação de categorias; • Refinar os atributos das categorias até a percepção do alcance da saturação.
Codificação Teórica		Descrição e elucidação de determinado fenômeno empírico de forma a expandir arcabouço teórico e a compreensão sobre determinado objeto de estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Organização de categorias que gerem conceitos que delineiem a teoria; • Averiguação sistemática de possíveis teorias que tenham sido propostas sobre o fenômeno para indicação de possíveis inovações e expansões teóricas da teoria proposta.

Nota.² Adaptado de Charmaz (2009)

O processo de refinamento dos dados, por meio das comparações e emergências temáticas, foi contínuo e discriminando em eixos referências da teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2011), seguindo agrupamento por:

- Processos: Aspectos relacionados ao repertório comportamental laboral do psicólogo anterior, durante e pós pandemia, comportamentos inaugurais, exemplificações práticas do seu fazer, adaptações, iniciativas etc;

- Contexto: Caracterização das relações e diádes praticadas no micro, meso e macro sistemas do participante, interações e iterações, convivências positivas ou prejudiciais, reações e respostas sociais que o participante experimentou pelo seu atuar previamente e em uma pandemia no contato direto com ambiente/paciente infectado;
- Pessoa: Individualidades dos participantes, fatores específicos e distintivos, reações, conceituações, reflexões, efeitos, sequelas, busca por recursos, assistências, cooperações e aspectos similares envolvendo ajustamentos e apropriações de perspectivas singulares do participante prévios a pandemia e frente ao enfrentamento a pandemia de covid-19.

Em seguidas imersões no material coletado, foram realizados agrupamentos reunindo códigos em categorias analíticas que representassem a vivência dos participantes, atuações profissionais, as contingências observadas, justificações, respostas pessoais e profissionais, estratégias adotadas e o contexto em que ocorrem, distribuindo o refinamento dos dados nos eixos referenciais processos, contexto e pessoa. A partir do entendimento de que foi alcançada a saturação teórica foi elaborado o modelo conceitual (Charmaz, 2009; Strauss & Corbin, 2008).

A redação de memorandos foi realizada ao longo de todo o processo de análise. Os memorandos foram elaborações textuais redigidas, nos quais foram descritas estratégias e passos livres sobre os *insights* ocorridos no processo analítico, bem como impressões e ideias acerca dos dados, códigos, categorias desenvolvendo o nível de abstração de ideias (Charmaz, 2009).

Para apresentação dos resultados foi realizada a redação dos manuscritos compreendendo a descrição da teorização das compreensões construídas. Os manuscritos apresentam uma análise crítica das categorias e revelam os dados que fundamentam os argumentos analíticos (Charmaz,

2009). Os manuscritos são documentos flexíveis e permitem diferentes formatações, mas a sua elaboração tem diretrivas propostas por Charmaz (2009) como a exposição de argumentos presentes no contexto e podem originar-se das categorias. Estes argumentos podem estabelecer comunicações com a bibliografia existente.

Capítulo 5

Resultados e Discussão

Passamos a relatar os resultados obtidos a partir da análise e interação com os dados coletados, considerações, compreensões, interpretações e conclusões resultantes da análise comparativa, seguindo princípios da Teoria Fundamentada nos Dados na perspectiva Construtivista de Charmaz, organizados pela estrutura de componentes da teoria ecológica de Bronfenbrenner, em conjunto com a discussão. A partir das compilações resultantes do processo de investigação e análise, os dados foram se estruturando de forma compatível com os elementos da teoria ecológica em seus eixos estruturantes: processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 2011). Entendemos, assim, utilizando da flexibilidade comprometida com rigor científico da TFDC, que esta perspectiva apresenta uma configuração teórica-estrutural adequada para exposição e melhor compreensão dos resultados.

Em sequência apresentamos os resultados distribuídos na estrutura estabelecida pela teoria ecológica, a PPCT.

Processos pré, intra e pós pandêmicos

Neste cenário desafiador os processos assumem centralidade, pois são essenciais na compreensão de como o desenvolvimento humano ocorre ao longo do tempo em interação com o ambiente. Segundo Bronfenbrenner (2011), os processos são interações recíprocas e contínuas entre a pessoa e seu ambiente imediato (pessoas, objetos, símbolos), que ocorrem com certa regularidade e ao longo do tempo.

Os processos como elementos estruturantes da atuação dos psicólogos, expressos nas categorias identificadas, refletem as bases regulatórias que alicerçam as estratégias utilizadas pelos profissionais para responder às demandas antes, durante e após a pandemia, adaptações

necessárias, recursos acessados e desafios enfrentados. Passamos a sistematizar a integração dos elementos conceituais e as categorias, que demonstram a configuração comportamental empregada pelos psicólogos, em suas atuações nos hospitais, no manejo da pandemia.

Sendo uma das intencionalidades desta pesquisa, entendemos os processos como vitais para a compreensão do desenvolvimento humano, neste caso dos psicólogos, bem como competentes para revelar as adaptações e práticas implementadas por estes profissionais atuantes nos hospitais, desafios enfrentados, fundamentos teóricos acessados e reformulações técnicas exercidas, e eventualmente herdadas, por estes profissionais durante e após a pandemia. Descrevemos aqui os processos revelados a partir da análise dos dados colhidos com os psicólogos atuantes nos hospitais do estado do Tocantins, sendo que estes processos serão apresentados de forma cronológica pré/intra/pós pandemia.

Nas tabelas estão registrados os percursos analíticos aplicados para estabelecimento de cada etapa de codificação inicial, codificação focalizada e categoria resultante, bem como a descrição do conceito de cada categoria e as unidades de registro com as falas exemplificantes. Nos resultados apresentados (Tabela 3) estão discriminadas as quatro categorias identificadas, no período pré pandemia, a saber: Práticas psicológicas hospitalares generalistas e cuidados reduzidos na profilaxia; Percepção sobre capacidade teórica e técnica: suficiente e fundamentada na prática; Atuação generalista no hospital recebendo encaminhamentos dos médicos; e Percepção sobre atuação/função da psicologia como adaptativa e em expansão.

Tabela 3.

Processos - Período Pré Pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categoria
“Nós trabalhamos em todos os setores. A gente não tem um setor específico, a nossa rotina é essa, a gente atua em todos os setores.”	Não tem setor específico, responsabilizando por todo hospital	Assistência em todo os setores hospitalares, sem especificidade de local/especialidade	Refere-se ao repertório comportamental laboral da psicologia exercido anteriormente à pandemia; com práticas cotidianas do exercício profissional e características das interações com pacientes e familiares	Práticas psicológicas hospitalares generalistas e cuidados reduzidos na profilaxia
“...não tinha medo, tinha um abraço, não usava máscara...única EPI que a gente usava era jaleco, não usava touca.”	Sem medo	Ações de suporte psicológico genérico e amplo		
“Sem fazer uso de máscara, sem cuidar com nada, ia fazer corrida do leito, identificava as prescrições dos médicos e o encaminhamento para o acompanhamento da psicologia. Também atendia à demanda do pronto-socorro aqui na sala.”	Sem uso de máscara, sem cuidar de nada	Tinha contato físico	Corrida de leito	
“A gente fazia as intervenções ali na beira do leito com o paciente, com o familiar, com o acompanhante que estivesse, numa relação bem mais próxima, mais um contato bem direto, né, <i>tête a tête</i> , a gente só tinha a cautela ou alguma preocupação com os pacientes que estavam em isolamento.”	Intervenção na beira do leito	Intervenções com aproximação física sem medo		
“teoria com a prática, a gente foi fazendo uma construção.”	Intervenções com pacientes, familiares e acompanhantes	Sem uso de EPIs/prevenção		
“...era o suficiente, sim, pela proposta que a gente tinha na época.”	Relação próxima, um contato bem direto com atendidos			
“...eu acho que eu tenho uma boa capacidade técnica e teórica (...), eu tenho mais prática mesmo.”	Teoria e prática em construção	Teoria e prática suficiente para a atenção prestada	Concepções do profissional acerca de suas fundamentações teóricas e técnicas que norteiam a prática, senso de aptidão, suficiência e formas de manejo destas capacidades.	Percepção sobre capacidade teórica e técnica: suficiente e fundamentada na prática
“A gente não fica numa clínica específica, né,	De plantão no	Atuação generalizada em	Distribuição dos	Atuação generalista

<p>a gente fica de plantão no hospital inteiro. Então, recebe as demandas de avaliação, de acompanhamento pelo prontuário único do paciente. O médico solicita, às vezes tem alguns que pedem parecer, né? A gente atua em todas as clínicas, desde a geriatria, observação, emergência, clínica cirúrgica, clínica ortopédica e clínica médica. Não tem um local específico.”</p>	<p>hospital inteiro Atua em todas as clínicas Recebe demandas do médico</p>	<p>relação aos ambientes hospitalares, demandada pelo médico, sem local específico</p>	<p>psicólogos no ambiente hospitalar, conforme campos de especificidades e clínicas disponibilizadas na assistência</p>	<p>no hospital recebendo encaminhamentos dos médicos</p>
<p>“...nós trabalhamos em todos os setores. A gente não tem um setor específico.”</p>	<p>Psicologia crescendo aos poucos</p>	<p>Ampliação da atuação da psicologia</p>	<p>Concepção quanto ao desempenho da psicologia no ambiente hospitalar considerando execução, ambiência, além da dinâmica de desenvolvimento</p>	<p>Percepção sobre atuação/função da psicologia como adaptativa e em expansão</p>
<p>“Então, cuidados mesmo em um ambiente hospitalar, mas nada que seguisse um ritual, como aconteceu na pandemia. Direcionava ao leito, ficava em contato próximo ao paciente. Quando necessário, a gente tinha um ambiente fechado para uma privacidade, mas coisa bem natural, não tinha nenhum cuidado, assim, com relação a essa contaminação.”</p>	<p>Sem ritual/protocolo de cuidados no ambiente hospitalar</p>	<p>Modificando e ajustando a teoria a partir da prática Falta de protocolos prévios de proteção de infecções</p>		
<p>“A gente vai se adequando de acordo com a nossa realidade. Então, assim, é uma junção da prática. Às vezes, a teoria não combina também com a prática.”</p>	<p>Nenhum cuidado com a infecção A teoria não combina com a prática Vai se organizando de acordo com a prática</p>			

Categorias Pré Pandêmicas

As categorias aqui apresentadas (Tabela 3) foram registros coletados junto aos participantes em momento que foi orientado que considerassem um cenário anterior à pandemia, em situação em que não se havia menção ou receios da ocorrência de uma emergência de saúde pública mundial, onde práticas psicológicas cotidianas hospitalares eram ordinárias e habituais.

Práticas psicológicas hospitalares generalistas e cuidados reduzidos na profilaxia

Esta categoria mostra a conduta dos psicólogos em relação às dinâmicas de execução das práticas psicológicas nas rotinas hospitalares e uso de EPI. Os psicólogos mantinham uma prática da psicologia hospitalar que se caracterizava como abrangente e generalizada, sem setorização específica, sendo requeridos e responsabilizados por todo o hospital.

Os cuidados epidemiológicos e de sanitização observados eram mínimos em relação ao uso de equipamentos protetivos e na proximidade e contato direto com pacientes, familiares e acompanhantes. A prática beira leito era destituída de cuidados mínimos com contaminações diretas e cruzadas, mesmo sendo uma orientação normativa existente muito antecipadamente à ocorrência de uma pandemia. A exemplo temos a Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997 (Brasil, 1998) que estabelece o Programa de Controle de Infecções Hospitalares que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais brasileiros de ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas deliberada e sistematicamente, que promovam a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para este fim o Governo Federal pactua cooperação técnica com as secretarias estaduais e municipais de saúde para orientação para cumprimento e interpretação das normativas deste programa preventivo a infecções.

Os psicólogos, como atores hospitalares, estão inseridos entre os agentes responsabilizados pela diligência em relação aos cuidados profiláticos durante o exercer de sua

função dentro dos hospitais, sendo que o exercício profissional do psicólogo é desenvolvido e efetivado especialmente no estabelecimento de contatos próximos com internos hospitalares, tanto pacientes quanto demais pares das equipes multidisciplinares.

Nota-se nesta categoria uma duplidade de fatores de risco: as atribuições do psicólogo como sujeito ativo em constante deslocamento em toda a extensão do hospital e a reduzida/nula observação em relação aos cuidados preventivos com infecções hospitalares. A dinâmica exemplificada nesta categoria sinaliza condutas por parte dos psicólogos que seriam fatores de risco e adoecimento. Rotinas diversas, incluindo a beira-leito, foram obrigadas a passar por adaptações para assim garantir os benefícios da intervenção psicológica no contexto pandêmico que se seguiria.

Percepção sobre capacidade teórica e técnica: suficiente e fundamentada na prática

Exemplifica a autopercepção dos psicólogos acerca do próprio desempenho, relação teoria-prática e conexão com o cotidiano hospitalar. Os participantes consideraram que a atuação era adequada para as exigências do momento em que era exercida. A concepção desta atuação se dá pelo empirismo que fomenta a prática, em mútua construção.

Dinâmicas empíricas, fundamentadas nas práticas cotidianas do hospital, como recurso para o desenvolvimento da atuação em intervenções psicológicas em saúde, estabelecem complexidades adaptativas, sendo que as condições impostas pela pandemia exigiam respostas céleres e destacadas de tudo que já havia sido vivenciado. Assim, este método baseado em experiências anteriores como fundamento para condutas atuais não seria útil ou adequado a um contexto futuro pandêmico onde o ineditismo e o incomum fariam parte do cotidiano.

Atuação generalista no hospital recebendo encaminhamentos dos médicos

Esta categoria reafirma a amplitude da atuação do psicólogo dentro do hospital, sendo acionado e requisitado a agir em todos os ambientes e com variedade de público em múltiplas condições de adoecimentos e sequelas. Em acréscimo identifica-se que estas demandas se originavam nos prontuários dos pacientes ao serem solicitadas pelos médicos, o que pode configurar uma prática dependente da avaliação do profissional de medicina, típica de uma concepção biomédica do processo saúde-doença (Seidl et al., 2019).

A incumbência de responder a estas atribuições é caracterizada pela diversidade de patologias e abrangência de setores, impondo aos psicólogos uma exigência de constante e sistemática busca por formações e aperfeiçoamentos que pudessem prover uma atuação competente e atualizada, entendendo que a vinculação a equipes específicas poderia propiciar mais interdisciplinaridade e integração dos profissionais no ambiente de saúde.

Percepção sobre atuação/função da psicologia como adaptativa e em expansão

Vemos nessa categoria a percepção do conforto e despreocupação que era constitutivo da prática psicológica anterior à pandemia, exemplificada pela rotina de atividades nos leitos e proximidade com pacientes com naturalidade e desatenção com profilaxias. É indicado também nesta categoria uma estruturação da prática moldada pelo empirismo, sendo que a realidade ambiental era vivenciada como fonte primária e a teoria assumia papel secundário, e não de precedência e orientação das ações. A expansão da atuação da psicologia também foi pontuada nesta categoria: atuação era crescente e progressiva, partindo de uma percepção de que a psicologia ainda não havia ocupado este espaço.

Processos intra pandêmicos: categorias

Na Tabela 4 estão descritos os desdobramentos referentes ao período intra pandemia, onde encontramos 15 categorias: Vivências de insegurança, adoecimento e conflitos no uso não devidamente orientado de EPIs obrigatório; Complexidades e adaptações na prática da psicologia durante a pandemia; Desafios na gestão da tanatologia no ambiente hospitalar; Ausência de qualificação e aptidão para ação e reação durante a pandemia; Estigmas desafiantes na pandemia; Ausência de disponibilização de conhecimentos teórico-técnicos; Suspeição e atraso das informações técnicas e apoio externo à psicologia; Percepção paradoxal da habilitação, qualificação e expansão da atuação da psicologia na pandemia; Psicologia das Emergências e Desastres como referencial teórico/técnico para atuação em contexto hospitalar pandêmico; Adaptação e aprendizagem para atuação na pandemia; Medos no exercício profissional em contexto pandêmico; Comunicação facilitada entre integrantes da equipe; Ineficiência no uso das TICs e percepção das aplicabilidades na prática psicológica; Práticas inusitadas impostas à psicologia e Heranças positivas de práticas e de condutas da pandemia.

Tabela 4

Processos – Período Intra Pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categorias
“Então, começamos a estudar, a compreender o que era essa paramentação, como que seria todo esse processo de se vestir, de usar o EPI de forma correta, qual era a paramentação correta, e isso gerou um desgaste bem grande. Foi adoecedor.”	Equipamentos de proteção individual obrigatórios Compreendendo a paramentação	Uso de EPIs e rotina hospitalar da psicologia Compreendendo o que era paramentação	Agrega experiências práticas e subjetivas da utilização compulsória de equipamentos de proteção individual (EPI)	Vivências de insegurança, adoecimento e conflitos no uso não devidamente orientado de EPIs obrigatoriais
“Era meio assustador pra gente. A gente não tinha todo o conhecimento de todos os EPIs. Não me lembro de ter tido um curso específico de como utilizar os EPIs.”	Não tiveram treinamento específico para utilização de EPIs	Ausência de treinamento para utilização de EPIs Insegurança sobre forma correta de utilização de EPIs	Insegurança sobre forma correta de utilização de EPIs	
“Essa mudança de você ter que usar um monte de EPI, isso era assustador. No início, com tantos desencontros de informações, causava uma ansiedade, uma angústia muito grande. E tinha colegas que sofriam assim de forma... É um absurdo o sofrimento deles com relação àqueles atendimentos (...), e isso gerou conflitos com coordenação, gerou conflitos com colegas de equipe, porque não se sabia, não teve uma orientação de como a gente deveria atuar em casos suspeitos”.	Insegurança e desgaste sobre forma correta de utilização de EPIs Desencontro de informações Ansiedade e angústia muito grandes Conflitos com coordenação e colegas de equipe	Paramentação gerando desgaste adoecedor Desencontro de informações Ansiedade e angústia resultantes do uso de EPIs Conflitos interrelacionais		
“Angústia de não estar vendo o paciente”. “Muita dificuldade com o paciente. A gente e eles de máscara, para a nossa área de atuação, que o rosto é muito importante, a gente teve muitas dificuldades nisso também.”	Ter que ficar distante do leito nas visitas Angústia pelo rosto coberto do paciente A gente trabalha com suporte e ficou limitado pelo distanciamento físico Nossa atuação ficou muito restrita	Distanciando fisicamente e reduzindo o contato no atendimento Prejuízo à prática psicológica por não ver expressão facial ou expressão verbal Busca ativa na beira leito mediada por novas precauções	Descrição das dificuldades, particularidades e adequações aplicadas na rotina da psicologia hospitalar durante a pandemia, bem como as reações emocionais.	Complexidades e adaptações na prática da psicologia durante a pandemia
“Aquele sofrimento pra entrar, paramentar, ter uma barreira física com alguém que tem sofrimento do outro lado. Você não poder ver a sua expressão, não poder verbalizar. Não tem aquela expressão toda, Nossa atuação realmente ficou muito restrita.”				

<p>“Eu acredito muito na questão da expressão facial, de você ter o contato visual, ter o contato na fisionomia do paciente. E devido a esses cuidados com relação ao uso de máscara, você não conseguia ver tudo aquilo que o paciente expressava. Apesar de você conseguir olhar e fazer uma leitura através do olhar do paciente. Mas essa questão de você não poder estar tão próximo do paciente, foi uma mudança muito grande.”</p>	<p>Paramentação como barreira gerava sofrimento</p> <p>Grande mudança na prática, e sofrimento, por não perceber expressão facial, contato visual e fisionomia do paciente</p>	<p>Restrição da atuação pelo distanciamento</p> <p>Paramentação como barreira física gerando sofrimento</p> <p>Sofrimento não ver expressão facial ou expressão verbal</p> <p>Mudança grande na prática por não perceber expressão facial, contato visual e fisionomia do paciente</p>		
<p>“Foi uma situação muito complicada, porque de uma hora pra outra você se vê em uma pandemia em que você vê gente morrendo, três, quatro, cinco pessoas morrendo num plantão, e você tem que ir lá para poder encarar essa situação, o risco de se contaminar.”</p> <p>“Foi difícil lidar com as perdas aqui dentro, lidar com os familiares”.</p> <p>“Foi traumático”.</p>	<p>Situação muito complicada e repentina: a quantidade de mortes</p> <p>Dificuldade de lidar com as perdas dos familiares</p> <p>Traumático lidar com quantidade de óbitos</p> <p>Enfrentar a situação com medo de contaminação</p>	<p>Complicações e traumas advindos da quantidade e rapidez no aumento de óbitos durante a pandemia</p> <p>Dificuldades de manejo de luto junto aos familiares dentro do hospital</p>	<p>Caracterização das dificuldades advindas da ocorrência e manejo de óbitos, bem como do luto dos familiares no hospital</p>	<p>Desafios na gestão da tanatologia no ambiente hospitalar</p>
<p>“Na pandemia nós ficamos praticamente crus.”</p> <p>“Convocada a fazer algo que eu não estudei. Então, no começo, ficou um mal-estar.”</p> <p>“Tentar encontrar algo em situações anteriores que tinha acontecido, se havia algo escrito a respeito. Mas foi um fazer, uma ação, um fazer e um estudar e um buscar tudo ao mesmo tempo. Espera aí que eu não estou preparada, semana que vem eu volto, não teve isso.”</p> <p>“Eu acho que eu não estava capacitada, eu acho que muito pouco os psicólogos estavam assim, porque foi</p>	<p>Praticamente crus</p> <p>Prática do isolamento como recurso</p> <p>Falta de treinamento específico para psicologia</p> <p>Mal-estar</p> <p>Convocada a fazer algo que não estudou</p>	<p>Falta de oferta de treinamento e preparo para atuação na pandemia</p> <p>Inexistência de capacitação específica para psicologia</p> <p>Senso de falta de aptidão para reagir</p> <p>Isolamento como alternativa para a falta de recursos iniciais</p> <p>Falta de informações e</p>	<p>Autoavaliação em relação às capacidades e habilidades para atuação hospitalar na pandemia e oferta de informações úteis</p>	<p>Ausência de qualificação e aptidão para ação e reação durante a pandemia</p>

<p>um momento de muita tensão. Tinha muitas demandas, muitos pacientes, e a gente não conseguia atender todos, além das famílias. E quando a gente trabalha dentro do hospital, tem uma parte da equipe que fica bem estressada, bem nervosa, bem ansiosa, e aquele momento foi totalmente diferente. Então, eu acho que a gente não estava preparada para isso.”</p>	<p>Não se sentindo preparada</p> <p>Buscando algo em situações anteriores como recurso</p> <p>Um fazer, uma ação, um estudar e um buscar tudo ao mesmo tempo</p>	<p>protocolos</p> <p>Aumento da demanda para a psicologia</p> <p>Estresse, ansiedade e nervosismo da equipe</p> <p>Percepção de ter apenas o básico insuficiente para atuar</p> <p>Senso de obrigação a cumprir uma responsabilidade para a qual não foi preparada</p>		
<p>“Criado aquele estigma que entubou, faleceu.”</p> <p>“(o paciente) com muita falta de ar, tinha muito medo de morrer e aí criou aquele mito da intubação que se você intubou você morre, era bem difícil.”</p>	<p>Entubou, faleceu</p> <p>Mito que a entubação levava à morte</p>	<p>Lidando com estigmas em relação a procedimentos para a covid-19</p>	<p>Relatos referentes a estigmas em relação a procedimentos que emergiram junto a pacientes</p>	<p>Estigmas desafiantes na pandemia</p>
<p>“Aí foi um período bem angustiante (<i>não ter fontes de informações para psicologia</i>).”</p> <p>“Da psicologia não tinha, a gente buscou mais não tinha, de como viver naquela situação na pandemia, de uma pessoa, um trabalhador da saúde dentro de um hospital, e acho que não teve alguma teoria, alguma coisa referente à psicologia, pertinente, dentro desse contexto.”</p>	<p>Foi angustiante não ter fontes de informações e teóricas específicas da psicologia</p> <p>Nada pertinente da psicologia dentro do contexto</p> <p>Falta de oferta por parte do estado</p> <p>Próprios psicólogos que foram se articulando</p>	<p>Angústia decorrente da inexistência de fontes de informações</p> <p>Falta de fontes teóricas específicas para psicologia</p> <p>Ausência de informações e recursos fornecidos pelo Estado</p> <p>Próprios psicólogos na captação de conhecimentos úteis</p>	<p>Descrição dos processos de busca de informações e disponibilidade de fontes e recursos teórico-técnicos</p>	<p>Ausência de disponibilização de conhecimentos teórico-técnicos</p>
<p>“Eu sentia que a gente não tinha, mas aí a gente foi atrás, a gente buscou, não foi algo que foi oferecido pelo Estado, foram os próprios profissionais que foram se articulando”</p>	<p>Fornecimento irregular de EPIs</p> <p>Notas técnicas atrasadas</p>	<p>Apoio externo</p> <p>Saturação de informações</p>	<p>Descrição da disponibilização de informações e de apoio</p>	<p>Suspeição e atraso das informações técnicas e apoio externo à psicologia</p>

<p>lidar com esse novo. E a quantidade de informação que era trazida todo dia, um dia a secretaria envia uma nota, outro dia vem uma outra informação nova que até ter uma validação, a gente não sabia o que era verdade, o que não era. E aí envolvia a mídia, envolvia... Enfim, foi complexo, foi complicado.”</p>	<p>Angustiante lidar com a quantidade de informações diárias Inconsistências nas informações diárias Profissionais de saúde recebendo bônus financeiro e psicologia não</p>	<p>Orientações inconsistentes Falta de credibilidade das informações Discriminação com a psicologia por não recebimento de incentivos financeiros</p>	<p>ausência de incentivo financeiro</p>
<p>“A gente não recebeu também nada por isso então tinha profissionais da equipe que recebiam tinha alguma coisa lá de dinheiro mesmo, de bônus, né? Mas a psicologia não, e quem fazia o reconhecimento era a psicologia.”</p>	<p>Insuficiente com relação à quantidade de profissionais, e insuficiente pois ninguém tinha experiência com isso, era novo para todo mundo.”</p>	<p>Insuficiência na quantidade de psicólogos Poderia ter feito mais Psicologia ficou muito em foco Psicologia apareceu e se reinventou Os psicólogos foram a única classe que estava afastada de home office e que trabalhava de fato</p>	<p>Análise dos psicólogos acerca da suficiência da atuação da psicologia no hospital durante a pandemia</p>
<p>“A psicologia ficou muito em foco nesse período da pandemia. Ela apareceu mais e ela teve que se reinventar, se reconstruir.”</p>	<p>Percepção de que a psicologia poderia ter desempenhado um papel maior Psicologia se reinventou e reconstruiu se adequando a realidade posta Psicologia como única profissão que realmente atuou em home-office</p>	<p>Percepção de que a psicologia poderia ter desempenhado um papel maior Psicologia se reinventou e reconstruiu se adequando a realidade posta Psicologia como única profissão que realmente atuou em home-office</p>	<p>Percepção paradoxal da habilitação, qualificação e expansão da atuação da psicologia na pandemia</p>
<p>“Os psicólogos foram a única classe que estava afastada de homeoffice e que trabalhava de fato.”</p>	<p>Poderia ter tido um papel de uma importância ainda maior Faltando informação, faltando conhecimento, faltando habilidade</p>	<p>Dificuldade de entender como a emergência funcionava</p>	<p>Apontamento da Psicologia das Emergências e Desastres como referencial</p>
<p>“A gente usou o que tinha pra atender à emergência, essas situações de desastre que a gente estava falando, desastres e emergências. Mas a gente tinha dificuldade de entender como a emergência funcionava.”</p>	<p>Emergências e desastres como fonte de teoria e prática Complexidade das emergências</p>	<p>Psicologia das Emergências e Desastres como referencial</p>	

<p>“Buscou muito na questão da psicologia de redução de danos, emergência e desastres. E eu acredito que foi a busca que a gente teve mais.”</p> <p>“Com relação à pandemia, a gente não tinha muito onde buscar, porque para a nossa área de atuação não tinha muita coisa de referencial. O que eu achei foi a questão de emergência e desastres. Eu fiz dois cursos a respeito. Estresse pós-traumático também eu estudei muito. A questão do luto também eu estudei muito.”</p>	<p>Emergência e desastres era o que a gente tinha</p> <p>Não tinha referencial onde buscar na nossa área de atuação e o que achou de referencial foi emergência e desastres</p>	<p>Conhecimentos da Psicologia das emergências e Desastres como referencial de conhecimento na ausência de outros recursos teóricos</p>	<p>recurso acessado para subsidiar ações da psicologia da saúde no ambiente hospitalar</p>	<p>teórico/técnico para atuação em contexto hospitalar pandêmico</p>
<p>“Acho que o <i>setting</i> terapêutico foi desconstruído. Aquela <i>setting</i> extremamente ajustadinho, criadinho, arrumadinho, ele foi desconstruído ao longo do processo.”</p> <p>“Acolhimento, a gente institui o contato virtual, a telemedicina, a ligação de whatsapp, achei isso importante, a gente atender o paciente, mas também um cuidado maior com a família.”</p>	<p><i>Setting</i> terapêutico desconstruído</p> <p>Expansão do trabalho com equipe multi</p> <p>Acolhimento da telemedicina</p> <p>Uso de tecnologia na busca de conhecimentos a distância com outros profissionais</p> <p>Cuidado maior com a família</p> <p>Aprendendo no fazer</p> <p>Buscando uma teoria que desse algum embasamento</p> <p>Comunicação de boletins médicos dos pacientes</p>	<p>Indisponibilidade de conhecimentos prévios que fundamentassem a psicologia</p> <p>Busca proativa de conhecimentos para embasar ações da psicologia</p> <p>Telemedicina como instrumento útil</p> <p>Aprendizado processual e empírico e recorrendo a vivências anteriores</p> <p>Auto responsabilização da psicologia na comunicação de boletins médicos</p>	<p>Descrição de novas práticas e atribuições da psicologia no ambiente hospitalar pandêmico</p>	<p>Adaptando e aprendendo a atuar na pandemia</p>
<p>“Não tinha nada pronto. A gente foi aprendendo no fazer, tentando lidar buscando alguma teoria que desse algum embasamento para o nosso fazer, e o uso da tecnologia foi positivo no contato à distância com outros profissionais.”</p> <p>“A gente puxou muita coisa pra gente, por exemplo, o boletim médico. A falta de tato dos profissionais da medicina para explicar o boletim médico. Era frio, era técnico, e a pessoa do outro lado não entendiam. Decidimos fazer o boletim médico em conjunto: o médico, e o psicólogo ajudava a dar o boletim.”</p>				
<p>“...nos levou a trabalhar em rodas de conversa com a equipe multiprofissional, com a equipe do hospital em geral, desde a limpeza, as equipes de enfermagem, a gente fez uns projetos.”</p> <p>“Foi um momento de pânico para todo mundo, inclusive para os trabalhadores. Todo mundo estava em pânico,</p>	<p>Momento de pânico</p>	<p>Medo, pânico e insegurança presentes no exercício das</p>	<p>Identificação de medos e agravos</p>	<p>Medos no exercício profissional em</p>

		atividades da psicologia	emocionais ocorridos durante o exercício das funções da psicologia no hospital durante a pandemia	contexto pandêmico
Até a gente, até eu também entrei em pânico. Eu precisei, eu entrei de licença.”	Entrando em pânico e necessidade de licença			
“Eu acho que foi primeiro a gente enfrentar os nossos próprios medos de lidar com o desconhecido, que foi uma barreira importante de lidar com isso tudo, de pensar que você também era sujeito naquele processo e também estava vulnerável tanto quanto quem estava chegando. Acho que isso colocou todo mundo mais ou menos no mesmo patamar.”	Próprios medos de enfrentar o desconhecido Enfrentar tudo se sentindo tão vulnerável quanto o paciente	Sensação de vulnerabilidade equivalente à do paciente atendido Necessidade de licença médica		
“Fui chamada novamente pra atender um paciente com Covid e eu tive um episódio de pânico.”	Todo mundo no mesmo patamar de quem estava chegando infectado			
“Mas eu acho que mais a troca com os colegas, eu acho que ela aumentou, acho que sim. É ótimo.”	Episódio de pânico ao ser chamado ao atendimento	Melhora da comunicação entre profissionais de saúde	Relatos sobre a comunicação entre profissionais de saúde	Comunicação facilitada entre integrantes da equipe
“Acho que mais facilidade de acesso, dessa comunicação com os profissionais, eu acho que a gente tem exercitado um pouco melhor.”	Facilitação do acesso e comunicação com outros profissionais Aumento da troca com os colegas			
“Todo mundo queria se esconder atrás dessa videochamada. O atendimento que eu fiz por videochamada o paciente estava confuso, a coitada da enfermeira entrou pra dentro do leito pra segurar o celular pro paciente.”	Videochamada não funcional com pacientes confusos Se escondendo atrás de videochamada Dificuldades no atendimento virtual sem nenhuma orientação	TIC's como estratégia de omissão e negligência dos psicólogos Complexidades do atendimento virtual sem as adequadas e necessárias orientações Falta de eficiência das videochamadas nas intervenções psicológicas	Caracterização da utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na prática das intervenções psicológicas com pacientes infectados com o vírus Sars-Cov2	Ineficiência no uso das TICs e percepção das aplicabilidades na prática psicológica
“Com relação à chegada do atendimento virtual, eu acho que expandiu muito na pandemia, fazer atendimento telefônico era muito novo, e a gente sem orientação nenhuma, foi bem difícil mesmo, bem complicado.”	Atendimentos por telefone por necessidade do hospital, mas não da psicologia			
“A gente começou a fazer por telefone, que não era uma coisa da psicologia, era uma necessidade do hospital, essa mediação por telefone.”	Videochamadas não eficientes no manejo da			
“O atendimento por videochamada do celular a gente viu que não estava adiantando porque era muita crise de ansiedade, eles passavam muito mal.”				

ansiedade dos pacientes em isolamento				
	Fazendo reconhecimento de corpos	Reconhecimento de corpos	Relatos de atividades singulares desempenhadas pelos psicólogos no hospital durante a pandemia	Práticas inusitadas impostas à psicologia
“A psicologia tinha que fazer o reconhecimento de corpo, era o pior momento de toda a pandemia. O pior momento era aquele momento de ir no necrotério com o familiar. No início, a gente não tinha o hábito de se paramentar. A gente nem sabia o que colocar primeiro, o que colocar depois, e a gente tinha muito medo de errar alguma coisa, de se contaminar dentro do necrotério. Tinha que falar para o familiar que tinha que ficar distante para reconhecer o corpo. Foi terrível, terrível, terrível, terrível.”	Indo ao necrotério como pior momento de toda pandemia	Acompanhamento de familiares ao necrotério como pior momento da pandemia	Medo de se contaminar no necrotério	Fazendo reconhecimento de corpos
“Se a família tinha dúvida, a gente anotava a dúvida, ia no médico e perguntava, voltava e ligava de novo. E, assim, isso durante toda a pandemia foi um problema, porque a gente sempre questionou essa conduta, porque diagnóstico a gente não pode passar, não é conduta nossa, é conduta médica.”	Conduzir e orientar familiares dentro do necrotério, terrível, terrível, terrível	Medo de contaminação no necrotério	Insegurança por exercício de práticas não atribuições da psicologia	Psicólogo assumindo conduta médica diagnóstica
“A gente fazia reconhecimento de corpo, uma coisa que a gente não fazia antes, não estava dentro de nossas práticas, que a gente, na pandemia, teve que fazer. Foi, primeiro, muito medo, muita insegurança. Essa aí eu não tive nenhum referencial teórico. Observando, vendo também, porque tinha todo um protocolo de como fazia esse reconhecimento que a gente tinha que fazer, de distanciamento, de como atender. A gente ficava muito limitado como psicólogo.”	Pior momento de todo processo, paramentar, reconhecer corpo, desparamentar e dar novo suporte a família	Psicólogo assumindo conduta médica diagnóstica	Falta de referencial teórico limitando a atuação do psicólogo no manejo de óbitos com corpo presente	Falta de referencial teórico para nova prática
“Hábito de estar usando máscara, de estar buscando essa parte da higienização constante com álcool no ambiente hospitalar.”	Psicólogo assumindo conduta médica diagnóstica	Limitação como psicólogo	Cuidados com EPIs	Higienização e uso de EPIs como prática benéfica
	Higienização	Prática de suporte a óbito com corpo presente foi algo novo	Uso de tecnologias como	Considerações de acréscimos positivos ao repertório
				Heranças positivas de práticas e de condutas da pandemia

“A questão do atendimento em si, da sensibilidade com o familiar. Isso aí, pra mim, eu tive outra visão com relação a isso. A necessidade do familiar estar próximo do paciente. Essa sensibilidade mesmo. Família, paciente e a nossa atuação.”

“Uso das tecnologias, eu acho que foi positivo, o avanço assim, tanto no contato à distância com outros profissionais.”

Sensibilidade com familiares

Uso de tecnologias

Contato a distância com outros profissionais

positivo e um avanço

Tecnologias como recurso de aproximação com outros profissionais

Aprimoramento da intervenção junto a familiares

comportamental laboral do psicólogo advindos da pandemia

Os relatos contidos nesta seção foram coletados a partir da instrução de que o participante respondesse considerando o período de maior incidência de infecções e óbitos, no intervalo temporal em que a rotina hospitalar se tornou mais atípica, crítica e desafiadora, dando origem às 15 categorias.

Vivências de insegurança, adoecimento e conflitos no uso não devidamente orientado de EPIs obrigatórias

Esta categoria focaliza o processo de acomodação dos participantes aos equipamentos de proteção que foram compulsoriamente inseridos no cotidiano dos psicólogos. O psicólogo conciliou a responsabilidade de manter o padrão qualificado dos atendimentos às demandas psicológicas hospitalares, simultaneamente ao ajustamento ao uso das paramentações que geravam complexidades cobrindo corpo, rosto, pés, mãos e promovendo alteração da dinâmica respiratória, dentre outras dificuldades (Oliveira et al., 2023). Este ajuste e revisão da prática do psicólogo causou perturbações psicoemocionais, expressas em termos como: grande desgaste, adoecedor, assustador, ansiedade, angústia, sofrimento e conflitos com coordenação e colegas de equipe. Para além destes aspectos manifestos e relatados, os psicólogos ainda adicionaram a essas complicações o fato de não possuírem conhecimento pré-existente acerca de paramentação e não ter sido ofertado curso específico ou orientações particularizadas acerca da paramentação.

O desencontro de informações foi fator agravante ao aprendizado adaptativo em relação à paramentação, higienização e adequação profilática da prática psicológica hospitalar. Esta “infodemia” de informações e desinformações foi identificada por Oliveira et al. (2020) e instituiu um grave prejuízo às mobilizações existentes para distribuição e assimilação de orientações preventivas e protetivas, tão importantes no momento pandêmico. A disseminação do conhecimento sustentado por evidências científicas colaborava com o combate à desinformação.

Acrescenta-se ainda o fator saturação a este cenário, onde as redes sociais foram meios de rápida propagação de informações, pois seu fácil acesso foram canais poderosos e expansivos de multiplicação de conteúdos descontextualizados e desinformativos (Reis, 2022). Estes desafios enfrentados pelos psicólogos são identificados em estudos recentes acerca deste tema (Telles & Pegoraro, 2024), bem como as dificuldades de ajustamento entre práticas anteriores e as novas exigências sanitárias, acompanhadas de consequências psicoemocionais.

Complexidades e adaptações na prática da psicologia durante a pandemia

As complicações experienciadas dentro do contexto pandêmico em ambiente hospitalar, as dificuldades, desafios procedimentais e reflexos psicoemocionais são apontados nesta categoria. Os desafios impostos pela paramentação vinculada à realização de procedimentos psicológicos se expandiram e impactaram um fundamento basilar da psicologia: a comunicação. Foram relatadas dificuldades impostas pelas barreiras físicas desta paramentação que comprometiam a capacidade de visualizar e interpretar expressões faciais, ter o contato visual e perceber a fisionomia do paciente, além da interferência na verbalização, isto tudo sendo experimentado a partir da já exercida redução da proximidade entre psicólogo e indivíduo assistido.

É pouco presente na formação geral do psicólogo, acadêmica e em nível de pós-graduação, de metodologias e estratégias alternativas, lúdicas e adaptáveis que possam sustentar e garantir uma aplicação prática de técnicas e teorias psicológicas. Fora as citadas contribuições pontuais da vertente do psicodrama, por exemplo, os recursos utilizados pelos psicólogos foram oriundos da criatividade pessoal e da oferta de materiais pelo hospital, sendo esta uma circunstância limitante adotada em compensação à falta de arcabouço técnico específico que orientasse a adaptação da prática psicológica.

O psicólogo foi solicitado a desempenhar sua responsabilidade profissional habitual anterior à pandemia com o desafio de manter o equilíbrio entre adaptações necessárias e obrigatórias – paramentação e distanciamento –, ao mesmo tempo que buscava garantir a competência e rigor ético que a intervenção psicológica deve sustentar. Este desafio quanto às revisões e ajustes da prática psicológica resultou em angústia, sofrimento e percepção de restrição da atuação do psicólogo (Danzmann et al., 2020). Estudos recentes trazem resultados similares acerca dos sentimentos negativos decorrentes deste desafio adaptativo da psicologia intrapandêmica (Telles & Pegoraro, 2024) como medo, incerteza e insegurança nas técnicas específicas do atuar psicológico.

Desafios na gestão da tanatologia no ambiente hospitalar

A tanatologia foi um campo de estudos e práticas particularmente exigido durante a pandemia, sendo um campo interdisciplinar que se dedica à compreensão da relação dos indivíduos com a morte, perdas, lutos, educação para a morte, cuidados paliativos e qualidade de morte, ao lado de temas congêneres. A pandemia se caracterizou por óbitos em proporções ainda não registradas e as consequentes reivindicações da atuação da psicologia no ambiente hospitalar onde ocorriam estes eventos: acompanhamento do noticiamento do óbito e manejo do luto de acompanhantes e familiares, monitoramento psicológico de cuidados paliativos e psicoeducação para mortes e riscos severos.

Esta categoria expõe a vivência dos psicólogos em relação ao impacto no repertório técnico-profissional causado pela súbita e acentuada ocorrência de óbitos dentro do hospital, reverberando em todo o ambiente e na equipe, obviamente em solicitações de intervenções e acompanhamentos psicológicos em uma dor psíquica inédita e atípica devido ao luto pandêmico (Santos et al., 2024). Estudos apontam a importância da atuação do psicólogo junto aos

enlutados para elaboração de estratégias de *coping* adaptativas diante do fator estressor, como a morte de entes queridos, e ofertar alternativas adequadas para evitação das complexidades em processos de enlutamento complicado, como desamparo, depressão, fuga e isolamento familiar (Souza et al., 2024).

Na busca de mecanismos que respondessem à demanda de acolhimento dos enlutados, a psicologia da saúde precisou buscar apropriações que atendessem ao equilíbrio contextual, como a mediação por meio do teleatendimento e outros recursos tecnológicos, na busca da redução do distanciamento emocional entre os submetidos ao estresse do luto: as famílias dos pacientes, pacientes e equipe de saúde (Viana et al., 2021; Gomes & Lee, 2024).

O processo de assistência psicológica aos familiares que enfrentaram o luto ainda foi agravado por circunstâncias atípicas: o fato de que, em muitos casos, o paciente já se encontrava inconsciente devido à sedação e intubação, e os rituais de despedida não eram autorizados, interna ou externamente ao hospital, acrescentando complexidades à gestão e ao enfrentamento do luto (Costa et al., 2022; Pattison, 2020).

Os participantes apontaram o quanto foi abrupta a elevação das incidências de mortes e o quanto isso gerou complexidades nunca vivenciadas em um plantão pré pandemia, repercutindo nos profissionais a responsabilização, ocasionando experiência traumática, dificuldade de administração de perdas junto aos familiares enlutados e, ainda, acrescido da constante insegurança perturbadora devido ao risco de infecção.

Conhecimentos produzidos podem ser identificados demonstrando a relevância dos cuidados paliativos e as dificuldades encontradas pelos psicólogos no contexto pandêmico quanto à obtenção de bases teóricas que orientassem as ações intra-hospitalares, como encontrado em estudos recentes (Costa et al., 2022).

Ausência de qualificação e aptidão para ação e reação durante a pandemia

Constituindo este cenário de desafios enfrentados pelos psicólogos hospitalares em contexto pandêmico, esta categoria revela a carência de conhecimentos prévios e de orientações específicas disponibilizadas de forma síncrona com a própria pandemia. Os participantes revelaram a ausência de saberes precedentes, incapacidade e autopercepção de inaptidão para a atuação pandêmica, mal-estar e desconforto de ter a responsabilidade de atuar em circunstâncias das quais não se tem conhecimento prévio, sem a possibilidade de “pausa” para busca de preparação ou capacitação mínima para lidar com este novo cenário (Lemos & Wiese, 2023). Este fator específico do desamparo sentido em relação aos órgãos competentes e instituições responsáveis trouxe sofrimento ao psicólogo (Franco et al., 2023; Lemos & Wiese, 2023). Este enfrentamento se deu, ainda, conforme afirmam as falas dos participantes, em cenário de muita tensão, aumento agressivo de demandas de atendimento a pacientes e familiares. Declararam terem experimentado estresse, ansiedade e nervosismo de forma compartilhada com a equipe, adoecimentos confirmados em estudos acerca da saúde mental de psicólogos durante processos adaptativos à pandemia (Tufenkjian & Vidotti, 2021). Os recursos acionados nesta circunstância incluíram a tentativa de acessar algum conteúdo orientativo oriundo de situações semelhantes anteriores e um exercer de ação-estudar-buscar simultâneos.

Estigmas desafiadores na pandemia

Esta categoria aponta fenômenos psicológicos pré existentes nas ocorrências do exercício da psicologia hospitalar, mas que se remodelaram em intensidade, quantidade de incidências e ressignificação que refletia o momento agressivamente atípico ao qual ele era manifesto. A entubação foi o procedimento médico exclusivamente intra-hospitalar instituído como adequado e amplamente utilizado durante a pandemia, e por ser praticado simultaneamente à forte elevação

no número de óbitos, uma associação foi estabelecida, uma preconcepção estereotipada de que a entubação era vinculada à morte. Esta associação estabelecida passou a compor a rotina do psicólogo hospitalar e da equipe de forma ampliada e sistemática, sendo necessária a intervenção afirmativa e assertiva da psicologia para evitar que a tomada de decisão por parte dos familiares fosse comprometida por influência de insciência decorrente deste estigma.

Ausência de disponibilização de conhecimentos teórico-técnicos

É reafirmado nesta categoria, ou já citado pontualmente em categorias anteriores, que se referiam a ações específicas exigidas dos psicólogos. Nesta categoria temos a expressão dos participantes acerca do momento pandêmico de uma forma ampliada, considerando o campo de estudo da psicologia. Os profissionais expressam ter sido afetados por sentimentos negativos pela não existência e/ou disponibilização, ou não terem conseguido localizar e/ou acessar teorias e referências pertinentes e próprias da psicologia durante o exercer profissional submetido à pandemia. Caurin et al. (2021) afirmaram que sentimentos negativos, dificuldades de adaptação acelerada e outros sintomas psicoemocionais foram identificados em seu estudo acerca dos impactos deste cenário sobre os psicólogos. Os participantes afirmaram ainda que as atitudes de proatividade na busca de orientações e conhecimentos técnico-psicológicos úteis à atuação pandêmica se deu de forma individual e por iniciativa dos próprios profissionais, não sendo disponibilizada de forma suficiente pelos governos (federal e estadual).

Suspeição e atraso das informações técnicas e falta de reconhecimento externo à psicologia

Esta categoria expressa sentimentos desfavoráveis causados pela disponibilização tardia das informações técnicas, falta de confiabilidade nas mesmas e desigualdade no suporte recebido

de instituições externas ao hospital, sendo esta falta de amparo identificada no estudo de Franco et al. (2023). Os psicólogos relataram as dificuldades de acesso a informações técnicas que incluíram atraso em sua disponibilização, sendo este um desafio enfrentado pelos profissionais de saúde em relação à política nacional de enfrentamento do vírus (Oliveira et al., 2023). Segundo os participantes, as notas técnicas foram publicadas e difundidas aos profissionais de saúde de forma procrastinada ao momento adequado, houve saturação devido à quantidade de informações, reiteração constante e envolvimento da mídia, impacto midiático também elencado como prejudicial por Oliveira et al. (2023). A concepção de falta de credibilidade atribuída aos órgãos normativos também foi citada como fator de dificuldade, dadas as notas publicadas em constante aguardo de validação e consequentes substituições.

Em acréscimo, esta categoria traz uma referência que foi recorrente neste estudo, e que será oportunamente objeto de uma explanação exclusiva nesta pesquisa: refere-se ao não reconhecimento da psicologia como classe profissional habilitada em perceber o auxílio financeiro, denominado de auxílio covid, que foi concedido a outras categorias profissionais do estado. Como será demonstrado em outras categorias, este entendimento de desigualdade se tornou elemento constituinte de uma concepção generalizada de injustiça e discriminação em relação à psicologia no âmbito estadual, influenciando posicionamentos e tomadas de decisão dos psicólogos em atuação hospitalar durante a pandemia.

Percepção paradoxal da habilitação, qualificação e expansão da atuação da psicologia na pandemia

Temos uma incongruência exposta nesta categoria: a concepção de insuficiência e contribuição em nível inferior ao que poderia ter sido exercida, dada a escassez de profissionais, a falta de experiência, falta de informações, conhecimentos e habilidades para manejo do que foi

imposto pela pandemia. Em polarização a esta insuficiência temos o entendimento de uma expansão da visibilidade da psicologia como resultante de uma reconstrução e reinvenção enquanto ciência no enfrentamento da pandemia, o que representa a perspectiva positiva atribuída à atuação da psicologia. Segundo os participantes, a psicologia foi a única classe que realmente trabalhou em *home-office*, sendo que, mesmo afastados, se mantiveram efetivos na elaboração de projetos, promovendo palestras, criação de informativos em saúde mental e ofertando atendimentos clínicos aos servidores da unidade. Hipótese para reflexão acerca desta percepção paradoxal dos participantes está nas atribuições inerentes ao elemento Pessoa, que é agente ativo na operação dos processos nos diferentes contextos. Assim, uma percepção mais positiva ou negativa em relação à expansão da psicologia pode ser resultante de uma perspectiva da atuação individual do psicólogo participante da pesquisa.

Psicologia das Emergências e Desastres como referencial teórico/técnico para atuação em contexto hospitalar pandêmico

É revelado nesta categoria que diante da escassez de material específico, a psicologia das emergências e desastres emergiu como área de conhecimento pertinente e assumindo papel de referencial científico que poderia contribuir, técnica e teoricamente, ofertando estratégias aplicáveis à psicologia da saúde no enfrentamento à pandemia. A psicologia das emergências e desastres se ocupa com os diferentes impactos psicológicos presentes em desastres naturais ou causados pelo homem, que resultam em um alto número de mortes ou ferimentos que tendem a deixar sequelas para toda a vida (Molina, 2011; Silva, 2019). A atuação da psicologia das emergências e desastres é essencial no apoio e suporte psicossocial (Neves et al., 2024), assumindo importante atuação na prevenção e redução de desastres e nas intervenções para

enfrentamento dos impactos psicológicos de um evento danoso vivenciado por uma pessoa, uma comunidade ou cidades inteiras (Paranhos & Werlang, 2015).

Retomando o desenvolvimento teórico deste estudo, é possível identificar um paralelo teórico/prático que aproxima a psicologia de emergência e desastres e a psicologia da saúde que foi exercida em ambiente hospitalar durante a pandemia. Emergências e desastres se configuram como uma situação crítica que ameaça a vida e o bem-estar de muitas pessoas e exige providências inadiáveis, incluindo gestão de situações de grande ameaça e de acontecimentos traumáticos (International Work Group on Death, Dying and Bereavement, 2002), com intervenções focais e objetivas, em intervalo de tempo breve onde vemos uma equivalência direta com a dinâmica hospitalar que respondeu à pandemia.

Outras similaridades são a incidência de óbitos em percentual elevado em relação ao número de casos, em período breve (Taylor, 2019), o fato de que o profissional de saúde que assiste e a vítima do evento adverso se encontram na mesma condição de vulnerabilidade e risco de morte, a desestruturação do *setting terapêutico* regular e a necessidade de amoldamento de técnicas, procedimentos e práticas anteriormente aplicadas e suficientes mas não adequadas à condição emergencial e desastrosa.

A correspondência entre a psicologia das emergências e desastres e a psicologia da saúde em contexto hospitalar pandêmico se equiparam ao considerarmos estas similaridades, e por este paralelo estabelecido entende-se que o arcabouço teórico/prático da psicologia das emergências e desastres é referência de diretrizes, práticas, protocolos e orientações significativas e aptas para apropriação por parte da psicologia da saúde na projeção de uma maior capacidade e competência de resposta a futuras possíveis cenários catastróficos.

Adaptando e aprendendo a atuar na pandemia

São relacionadas nesta categoria condutas inauguradas mediante novas práticas que a pandemia exigiu dos psicólogos. A inexistência de orientações prévias e o estabelecimento de um cenário incomum levou à busca por novas práticas para responder às demandas que surgiram. Um processo de fazer-aprender foi adotado, levando os psicólogos a exercerem e assimilarem comportamentos laborais novos. Dentre os comportamentos adaptativos temos a ampliação das atividades grupais e multiprofissionais, a comunicação compartilhada do boletim médico diário, uso de tecnologia promovendo aproximação funcional e contatos com outros profissionais, acolhimento por contato virtual para atendimento a pacientes e familiares. É uma categoria que traz aspectos positivos que emergiram na vivência profissional no contexto intra-pandêmico.

Medos no exercício profissional em contexto pandêmico

Esta categoria destaca e reitera aspectos negativamente comprometedores que foram intensificados em frequência e potencial de agravo, durante a pandemia, no ambiente hospitalar e vivenciados pelos psicólogos. Os sentimentos de medo, e mesmo de pânico generalizado, foram igualmente compartilhados pelos trabalhadores de saúde, gerando a adoção de medidas como licenciamentos e tratamentos voltados à proteção e preservação da saúde mental. Considerando de forma abrangente os profissionais de saúde, que inclui os psicólogos, os medos se manifestaram de forma variada tais como: medo e insegurança em relação ao futuro (Sales et al., 2023), pela própria situação pandêmica (Zanqueta et al., 2020), medo de adoecer e infectar a família (Silva et al., 2024; Teixeira et al., 2020), bem como o medo generalizado (Barbosa et al., 2023).

Desafios particulares que envolviam medos pessoais do psicólogo foram experimentados, devido ao lidar com incertezas, com o ainda desconhecido, como apontado por Bezerra e Ferreira

(2024), além de atuar na assistência estando na mesma situação de vulnerabilidade, foi uma adversidade encontrada. A recorrência em atendimentos específicos, de responsabilidade da psicologia, levou também ao pânico ao serem impostos a atuar de forma sistematicamente contínua em situações anteriormente percebidas como negativas e ameaçadoras.

Comunicação facilitada entre integrantes da equipe

A qualificação da comunicação como instrumento estratégico no ambiente hospitalar, particularmente aplicado no contexto pandêmico, foi destacado como recurso profícuo utilizado e reconhecido pelos participantes, sendo outro legado positivo que a atuação na pandemia trouxe para as equipes. O compartilhamento de conhecimento foi ampliado, gerando enriquecimento do repertório comportamental laboral dos profissionais e facilitando acesso a estratégias e instrumentos e protocolos que estavam sendo aplicados em outras unidades. Sendo que a comunicação intra-hospitalar enfrentou a circunstância desafiante que era o distanciamento e isolamento obrigatórios.

Ineficiência no uso das TICs e percepção das aplicabilidades na prática psicológica

A tecnologia, e as possibilidades por ela introduzidas, proporcionaram uma variedade de alternativas ao repertório de atuação da psicologia, incluindo conexões com pacientes, familiares de pacientes, colegas psicólogos e outros profissionais de saúde. No entanto, esta apropriação e adaptação foi incorporada de forma emergencial e instantânea, sem nenhuma forma de habilitação que não fosse a já existente ao profissional de psicologia. Esta absorção extraordinária e célera de práticas técnico-tecnológicas estabeleceu-se condicionada à já intrincada rotina hospitalar pandêmica tão urgente e desproporcional em suas demandas. Nesta categoria temos expostas as percepções do emprego da tecnologia por parte dos psicólogos.

Foi apontado o uso da tecnologia como uma inovação para as assistências ofertadas pela psicologia que foram exercidas sem as mínimas orientações, acarretando dificuldades, bem como sendo artifício para esquiva e evitação do exercício da intervenção psicológica presencial. É afirmado que a implementação da mediação telefônica correspondia à necessidade da instituição hospitalar, não sendo atribuição da psicologia. A eficácia dos atendimentos por videochamada foi questionada, dada a percepção de não alcance das mesmas respostas comportamentais do paciente.

Práticas inusitadas impostas à psicologia

Nesta categoria são dispostos procedimentos que os psicólogos adotaram durante a pandemia, entre as práticas hospitalares emergentes, que não eram inerentes à profissão da psicologia. A tarefa inédita da necessidade de condução de familiares ao necrotério para confirmação do reconhecimento de corpos foi tipificada como “*pior momento*” e “*terrível, terrível, terrível*”, sendo a insegurança em relação à paramentação, medo de contaminação e manejo de familiares na proximidade do corpo alguns dos sofrimentos vivenciados pelos participantes.

Pontuamos que a necessidade de protocolar de reconhecimento de corpos se deu pela dinâmica hospitalar sanitária imposta, pelo isolamento necessário, e pelos riscos de contaminação. Os óbitos ocorriam em setor específico onde os familiares não podiam acessar, e simultaneamente, enquanto os familiares eram noticiados do óbito de seu familiar, de modo urgente ocorria o sepultamento deste familiar, sendo que em período específico da pandemia houve sepultamentos enquanto os familiares estavam sendo noticiados do óbito de seu ente, privando-os, assim, dos ritos naturais de despedidas e manejo inicial de luto.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu nota técnica 04/2020 estabelecendo diretrizes pós óbitos e cuidados com os corpos dentro do hospital. Em complemento, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis divulgou, em 25/03/2020, o material orientativo "Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus covid-19", sendo que em ambas as publicações oficiais são minuciadas as diretrizes e responsabilidades a serem exercidas dentro do hospital, sendo que não é delegado a nenhum profissional específico a atribuição do acompanhamento de familiares para o reconhecimento de corpos em visitas ao necrotério. Então, esta prática assumida e desempenhada pela psicologia no estado do Tocantins foi uma organização específica ocorrida dentro das unidades hospitalares.

A comunicação de diagnóstico também foi indicada como prática inusitada exercida, pela mediação que foi necessária entre médicos e familiares de pacientes, anotando dúvidas destes familiares, levando estes questionamentos aos médicos responsáveis e realizando contínuas ligações telefônicas para devidos esclarecimentos.

Heranças positivas de práticas e de condutas da pandemia

Diversidade de ocorrências foram vivenciadas durante a pandemia, sendo que esta categoria apontou heranças positivas desta experiência como psicólogo da saúde em ambiente hospitalar. Os cuidados com uso de máscara e higienização constante é assumido como adquirido e que se deseja manter. O uso de tecnologias assume aqui aspecto positivo, como recurso de aproximação com outros profissionais e também familiares. O aperfeiçoamento da atuação na relação com pacientes e seus familiares também foi relacionado como mudança que se deseja manter, de modo que a pandemia fez o profissional atualizar a visão dessa relação, com desenvolvimento de maior sensibilidade.

Processos pós pandêmicos: categorias

Complementando a descrição das análises resultantes dos processos nesta perspectiva cronológica, temos as 10 categorias pós-pandêmicas observadas (Tabela 5): Práticas grupais interrompidas desde a pandemia; Práticas incorporadas no pós-pandemia; Uso de TICs; Estratégia construtiva à psicologia da saúde no pós-pandemia; Uso de EPIs e higiene; comportamentos herdados e mais atenção à prevenção; Desenvolvimento da atuação interdisciplinar; Autoavaliação dos psicólogos acerca da atuação do setor de psicologia como individualizada e não alinhada durante a pandemia; Avaliando como limitada a expansão da psicologia intra-hospitalar durante a pandemia; Autopercepção dos psicólogos acerca do reconhecimento e intensificação das atividades da psicologia; Aumento do aprendizado sobre saúde mental, emoções, sentimentos e autocuidado; e Psicologia das emergências e desastres como recurso teórico e técnico aplicável para a psicologia da saúde em contexto pandêmico.

Tabela 5.

Processos – Período Pós-pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categorias
“Antes da pandemia a gente tinha um grupo também, a gente fazia um grupo com os familiares. Com a pandemia isso se perdeu e depois da pandemia eu acho que nem tem mais.”	grupo com familiares, com a pandemia se perdeu	Descontinuando as atividades grupais	Apontamento de atividades que eram exercidas, pararam na pandemia e não tiveram continuidade após a pandemia	Práticas grupais interrompidas desde a pandemia
“Pelo contrário, eu acho que a gente perdeu algumas práticas que não voltaram.”	Perdendo práticas que não voltaram			
“Parou o acolhimento coletivo, em grupo.”	Acolhimento coletivo, em grupo que não é mais feito			
“Aprender a manejar melhor a ansiedade dos pacientes, né? Melhores técnicas nesse sentido.”	Cuidado maior com contaminação	Cuidando da prevenção através da paramentação	Explanação de práticas hospitalares que foram acrescidas à rotina de trabalho após a pandemia	Práticas de segurança incorporadas no pós-pandemia
“Hoje eu já penso duas vezes. Independente do local de onde eu estou, já não sento naquela cadeira, se a pessoa está doente já não tenho tanto aquele contato físico, em relação à minha vestimenta também. Troco de roupa em casa que venho do trabalho, tomei esses cuidados. Essas coisas que às vezes não fazia, eu passei a fazer mais. Essas pequenas coisas podem evitar a contaminação.”	Manejar melhor a ansiedade dos pacientes	Cuidando da prevenção através da higienização		
“A rotina, assim, eu acho que é mais organizada por setores. Eu acho que também foi algo que eu tenho procurado seguir. Eu tenho a rotina, primeiro pronto-socorro, né? E eu não tinha essa rotina bem estabelecida e isso eu fui colocando, assim, na prática depois desse processo da pandemia.”	Evitando contato físico	Cuidando da prevenção através da evitação de contato físico		
“Notícia por telefone e o suporte psicológico também por telefone.”	Cuidados com vestimentas	Aprimoramento do manejo das ansiedades dos pacientes		
“Três anos atrás, quatro anos atrás, a gente usava o celular e o computador, mas não era de uma forma tão intensa como agora.”	Rotina mais organizada de visitas aos setores do hospital	Reconfiguração da dinâmica de deslocamento dentro do hospital	Vivências dos psicólogos a partir da utilização de tecnologias como recurso a ser integrado ao repertório	Uso de TICs: estratégia construtiva à psicologia da saúde no pós-pandemia
	Uso de tecnologias para oferta de suporte psicológico	Tecnologia como instrumento importante de expansão positiva da prática psicológica		
	Utilidade maior do celular e computadores			

	na prática psicológica		comportamental laboral hospitalar após pandemia	
“Outra coisa importante é o uso da tecnologia, tanto para questões de terapia como de modo geral, isso tudo mudou.”	Utilização importante da tecnologia e mudou a prática psicológica			
“Fazer alguns atendimentos para as famílias via telefone.”				
“Coisas que às vezes não fazia, eu passei a fazer mais. Essas pequenas coisas podem evitar a contaminação.”	Deixar de ser displicente	Aplicando novas práticas de higienização e prevenção	Concepção dos psicólogos acerca das condutas profiláticas que foram assimilados após a pandemia	Uso de EPIs e higiene: comportamentos herdados e mais atenção à prevenção
“Uso dos EPIs. Máscara, o privativo do hospital, touca. São coisas que ficaram.”	Coisas pequenas que podem evitar infecção			
“Higienização das mãos é uma coisa que eu vou levar para a vida.”	Uso das EPIs ficaram			
	Higienização vai levar pra vida			
“Foi muito pra mim prazeroso esse trabalho em equipe. onde a equipe, de verdade, eu me relacionava muito melhor com os enfermeiros e os médicos, que a gente sofreu junto a rejeição, o preconceito.”	Relacionava melhor com enfermeiros e médicos	Qualificação dos relacionamentos com equipe, apoio mútuo e compartilhamento de conhecimentos	Caracterização das práticas exercidas em equipe que intentam manter após a pandemia	Desenvolvimento da atuação interdisciplinar
“O apoio um ao outro.”	Apoio mútuo aos/dos pares			
“O estudo constante e compartilhamento com a equipe e a atividade multidisciplinar.”	Estudo e compartilhamento constante			
“Individualização mesmo.”	Individualização	Práticas psicológicas individualizadas e não alinhadas	Percepção, em retrospectiva, dos/as psicólogos/as acerca da articulação e interação do setor de psicologia no contexto pandêmico	Autoavaliação dos psicólogos acerca de uma atuação individualizada e não alinhada durante a pandemia
“Com a postura, que é individual. Tem gente que ainda acha que tem que ficar sentada esperando dentro da sala ser chamado. Ou ficar numa ala sentada dentro do repouso achando que vai ser chamado.”	Pouco alinhamento			
	Não existe planejamento conjunto	Ausência de planejamentos conjuntos		
“A gente está com uma equipe desgastada, está todo mundo vivendo um período de TPT? Todas as profissões vivendo um período de TPT.”	Passividade dos psicólogos	Acomodação dos psicólogos		
“Precisava ser feito essa retrospectiva e a gente fazer um alinhamento, uma reflexão. E ver os pontos corretivos, ver aquilo que precisava ser melhorado, aquilo que foi falho. Eu	Modelo biomédico (<i>esperar na sala ser acionado</i>)	Modelo biomédico vigente		

sinto falta disso, acho que isso não foi feito de forma adequada.”		Equipe desgastada com TEPT		
“A gente se esforçou pra isso, mas não sei se a gente conseguiu.”	Se esforçou, mas não afirma que conseguiu	Uso das tecnologias como desfavorável	Concepção dos psicólogos quanto ao desempenho da psicologia dentro do hospital durante a pandemia	Avaliando como limitada a expansão da psicologia intra-hospitalar durante a pandemia
“Ai vou colocar no meio termo. Porque tem a questão de que eu acho que a gente acabou se escondendo atrás de uma vídeo chamada, e a gente poderia ter crescido mais se fosse atuação ali no leito, beira leito mesmo. Acho que isso foi o erro.”	Se escondeu atrás de vídeos chamadas	Potencial de crescimento maior do que foi		
	Não cresceu mais por não atuar de forma mais presente na beira do leito	Houve um esforço para expansão		
	Potencial ampliado da psicologia	Atuação presencial como mais adequada		
“Foram mais intensificadas no pós-pandemia. Foi dado um peso maior, um valor maior no pós-pandemia as pessoas começaram a reconhecer que sentimentos e emoções são importantes.”	Aumento dos atendimentos direcionados a Psicologia	Desenvolvimento da psicologia pós pandemia	Compreensão dos psicólogos em relação ao reconhecimento, desempenho, demanda e caracterização da psicologia	Autopercepção dos psicólogos acerca do reconhecimento e intensificação das atividades da psicologia
“Hoje em dia, as pessoas já aprenderam que há uma necessidade de ir a um psicólogo sem necessariamente você achar que tá louco, que é coisa só de doido.”	Aprendizado social acerca do benefício e necessidade de ir ao psicólogo	Intensificação das demandas orientadas a Psicologia		
“Eu acho que a psicologia cumpriu o seu papel e veio com reconhecimento sobre a importância do cuidado, de se cuidar, de estar atento aos seus sentimentos e emoções, às tristezas, a outras questões pessoais.”	Psicologia cumprindo seu papel e com maior reconhecimento	Maior reconhecimento da Psicologia		
	Superação de mito de que psicologia é “coisa só de doido”	Atualização da compreensão social do papel da Psicologia		
“Importância do cuidado, de se cuidar, de estar atento aos seus sentimentos e emoções, às tristezas, a outras questões pessoais.”	Reconhecimento da importância do cuidado com sentimentos e emoções	Precedência da saúde mental e reformulação da percepção da atuação da Psicologia	Apontamentos acerca dos desdobramentos sociais na concepção de saúde mental e do trabalho da psicologia	Aumento do aprendizado sobre saúde mental, emoções, sentimentos e
“A importância de ser cuidado mesmo da saúde mental, da				

<p>importância da psicologia, de como que é o trabalho do psicólogo, de como ele pode contribuir com as pessoas. Acho que melhorou bastante.”</p>	<p>Relevância da saúde mental</p>	<p>autocuidado</p>
<p>“Tem mais conhecimento mesmo sobre como lidar com esses momentos pandêmicos.”</p>	<p>Refinamento da percepção do trabalho e contribuição do Psicólogo</p>	
<p>“Situações associadas também a essa parte das emergências e desastres. Acho que assuntos se complementam.”</p>	<p>Conhecimento adquirido acerca de pandemias</p>	
<p>“Sentindo que a pandemia exigiu muito em relação a desastres.”</p>	<p>Pandemia e psicologia das emergências e desastres como complementares</p>	<p>Análise da psicologia das emergências e desastres como recurso pertinente a psicologia da saúde em contexto pandêmico</p>
<p>“Então, assim, quem não trabalhava muito, quem não tinha muita noção de psicologia dos desastres, das emergências, ficava sem capacidade de atuar.”</p>	<p>Psicologia das emergências e desastres como fonte teórica para a prática</p>	<p>Psicologia das emergências e desastres como recurso teórico e técnico aplicável para a psicologia da saúde em contexto pandêmico</p>
<p>Capacidade de atuar na pandemia vinculada a noção de psicologia das emergências e desastres</p>		

Nos registros apontados neste segmento os participantes foram instruídos que fundamentassem suas respostas no período pós pandêmico, onde as vacinas eram realidade e já havia sido extensivamente aplicada em nível nacional, quando já tinha reduzido o número estatístico de óbitos e infecções que exigiam internação, até o momento em que estavam respondendo às perguntas desta pesquisa.

Práticas grupais interrompidas desde a pandemia

Aqui são relacionadas algumas das práticas que eram rotineiras anteriormente e cessaram após o fim da pandemia: elas representam um grupo maior de atividades que deixaram de acontecer, e que tem sua variação vinculada a cada instituição hospitalar e as práticas já existentes em cada um. Percebe-se que estas práticas se concentram nas atividades characteristicamente grupais, que foram interrompidas devido à pandemia, mas não voltaram a ser realizadas ainda que o momento pós pandêmico não oferecesse mais riscos. Propomos a reflexão sobre a potencialidade das intervenções grupais/coletivas que são práticas produtivas no contexto da saúde pública, que estimulam encontros, promovem diálogos e desenvolvem mediações para novas afetações (Pereira & Sawaia, 2020; Pereira & Maheirie, 2022), sendo que essas práticas se estabelecem como estratégias muito importantes e que é válido superar os desafios que impedem a sua retomada.

Práticas incorporadas no pós-pandemia

É coerente conceber que um evento pandêmico que gerou grande impacto adaptativo altere de alguma forma as práticas exercidas dentro do hospital, esta categoria aponta práticas que foram iniciadas durante a pandemia e que, mesmo após a pandemia não ser mais uma realidade, os participantes as relacionaram como determinados a manter entre suas práticas cotidianas.

O refinamento da técnica de gestão da ansiedade entre os pacientes é um ganho percebido e que alguns participantes desejam manter. A profilaxia, em seus aspectos preventivos e de higienização regular é apontada como um comportamento obtido, e posteriormente assimilado, sendo generalizado para ambientes extra-hospitalares. Este comportamento responde a uma consciência de mais cuidado com infecções e contaminações que podem ser transportadas do hospital para a casa, incluindo higienização, mudança de vestimentas, evitação do contato físico e até não contato com objetos possivelmente contaminados.

Outra herança positiva elencada foi o estabelecimento de uma nova lógica de planejamento da rotina de visita e atividade presencial nos setores dentro do hospital. Este raciocínio preventivo e a adoção de cuidados com a contaminação foi algo fortemente difundido e exercido dentro dos hospitais durante a pandemia.

Uso de TICs: estratégia construtiva à psicologia da saúde no pós-pandemia

As possibilidades proporcionadas pela tecnologia, em suas múltiplas aplicações são concebidas nesta categoria em seus aspectos positivos. O uso do telefone para viabilizar suporte psicológico e atendimentos a familiares de pacientes é visto com um benefício herdado da pandemia. Da mesma forma, foram citados o uso mais intenso de computadores para a prática de atendimentos psicológicos e de psicoterapia, quanto para a obtenção de conhecimento e interação profissional.

As circunstâncias imediatistas se sobrepunderam e ampliaram significativamente o uso da tecnologia nas rotinas cotidianas dos serviços de saúde, antecipando processos esperados para o futuro. O psicólogo enfrentou resistências e desafios e buscou adaptações possíveis para responder às demandas (Cleto & Oliveira, 2022).

Entre as viabilidades proporcionadas pela inclusão tecnológica são citados por Telles e Pegoraro (2024) os teleatendimentos, acolhimentos online, plantões de atendimento psicológico remoto e visitas virtuais. O uso da tecnologia viabiliza intervenções e suporte emocionais, se tornando possibilidade útil e válida para incorporação às práticas psicológicas hospitalares (Gomes & Lee, 2024; Sousa et al., 2024; Telles & Pegoraro, 2024). A reflexão a ser feita não é sobre a utilidade ou não das tecnologias, mas sim sobre a necessidade de sistematizar orientações para o bom uso, capacitações para domínio de ferramentas e fundamentações que ofertem o rigor ético e garantia da qualidade e da eficácia que devem sempre permear as práticas psicológicas.

Uso de EPIs e higiene: comportamentos herdados e mais atenção à prevenção

As práticas sanitárias impostas na busca da prevenção de contaminações são aqui descritas como condutas incluídas no repertório do psicólogo, incluindo o uso de EPIs, máscara, e a vestimenta disponibilizada pelo hospital, bem como a higienização e intensificação em cuidados gerais preventivos.

Desenvolvimento da atuação interdisciplinar

O desempenho da prática multidisciplinar intensificada e qualificada é descrita como um avanço que foi assimilado. O aprimoramento das relações, apoio mútuo, satisfação no trabalho em equipe e o compartilhar de conhecimentos adquiridos foram citados como exemplos deste avanço. Registramos que foi apontado pelos participantes o fato de as equipes terem vivenciado, juntos, sofrimento, preconceito e rejeição.

Autoavaliação dos psicólogos acerca da atuação do setor de psicologia como individualizada e não alinhada durante a pandemia

Esta categoria nos revela a perspectiva dos próprios psicólogos sobre a inadequada dinâmica experimentada dentro do setor de psicologia. Os participantes declararam não ter percebido um alinhamento entre os psicólogos, e uma causa apontada para a falta deste ajustamento foi a postura individualista dos psicólogos. A passividade, desgaste da equipe, falta de reflexões e de identificação de pontos a serem melhorados e corrigidos também foram citados como fatores dificultantes. Uma pontuação relevante está na disposição das cargas horárias no regime de plantões. Esta formatação desfavorece a troca e convivência entre os psicólogos, estabelecendo a dinâmica de alternância. Para buscar a superação deste fator dificultante é necessária uma proposta mais ativa para promoção de momentos presenciais de interação entre os psicólogos plantonistas e não plantonistas para planejamentos e compartilhamentos. A viabilização de estratégias de comunicações assíncronas também pode ser buscada ou uso de tecnologias, sendo formas de coparticipação de informações entre o grupo para o alinhamento das práticas.

Avaliando como limitada a expansão da psicologia intra-hospitalar durante a pandemia

Ao serem questionados acerca da percepção de avanços e desenvolvimentos da psicologia, os participantes se posicionaram dubiamente. Observaram que houve um empenho exercido, mas que não se pode afirmar que se obteve um avanço efetivo. A prática da videochamada, e evitação da atuação presencial, foi citada como fato comprometedor a uma maior evolução da psicologia.

Autopercepção dos psicólogos acerca do reconhecimento e intensificação das atividades da psicologia

Nesta categoria é confirmado pelos participantes uma revisão positiva na concepção social da psicologia e de suas possibilidades de beneficiamento aos usuários. Esta concepção é legitimada na percepção do reflexo direto na quantidade de atendimentos e acionamentos da psicologia após a pandemia. Este aumento da demanda é igualmente apontado em outros estudos (Marques et al., 2022; Magalhães et al., 2022; Meneghelli & Parada, 2024; Telles & Pegoraro, 2024; Tufenkjian & Vidotti, 2021). Podemos compreender este aumento nos atendimentos direcionados à psicologia hospitalar como resultante de uma ressignificação da perspectiva atribuída socialmente à psicologia como ciência. No presente estudo temos argumentações que são coerentes com os estudos existentes e citados por nossos participantes, tais como: a valorização dos resultados positivos de uma intervenção da psicologia, admissão dos sentimentos e emoções como importantes e a superação do estigma “*psicologia é coisa de gente doida*” são relacionados como decorrências.

Aumento do aprendizado sobre saúde mental, emoções, sentimentos e autocuidado

Nesta categoria os participantes expõem a evolução pessoal que experimentaram que a condição pandêmica proporcionou. A ampliação da percepção acerca da importância da própria profissão e de como ela pode contribuir socialmente, importância do autocuidado, da consideração por sentimentos e emoções justificam o entendimento da evolução pessoal e de maior aptidão para enfrentamento de momentos pandêmicos. Esta categoria reverbera na autoavaliação dos psicólogos as falas e compreensões expressas em categorias anteriores como a validação externa da eficiência e contribuição positiva da psicologia, práticas incorporadas, desafios enfrentados e superados e capacidade reativa e adaptativa desempenhada.

Psicologia das emergências e desastres como recurso teórico e técnico aplicável para a psicologia da saúde em contexto pandêmico

São aqui descritas as contribuições do arcabouço teórico da psicologia das emergências e desastres como congruentes, compatíveis, adequadas e viáveis para serem integradas à psicologia da saúde em atuação pandêmica. A psicologia das emergências e desastres se posiciona ao enfrentamento de eventos descomunais, negativos, de alto impacto psicossocial, complexos e multidimensionais, geradores de acentuadas ocorrências de óbitos, sofrimento e desequilíbrios generalizados.

Ao promovermos uma análise comparativa podemos identificar correspondências aos danos impostos pela pandemia de covid-19, sendo que esta assistência urgente tende a ser direcionada aos hospitais e acolhida pelos profissionais de saúde, incluindo o psicólogo (Correia & Seidl, 2024). É então estabelecido um paralelo conceitual e técnico entre a psicologia de emergências e desastres e a psicologia da saúde atuante em ambiente hospitalar no contexto sindêmico (Correia & Seidl, 2024), sendo que esta equivalência se estende desde as ações preventivas até as assistenciais em fase pós-trauma, incluindo vítimas, familiares e profissionais.

Nossos participantes neste estudo entendem os dois campos de estudo como complementares, sendo que consideraram que os psicólogos que não tinham noção básica de emergências e desastres estavam inaptos para atuação. Como já citado pelos participantes, eles se sentiam em um cenário semelhante ao de guerra, o que foi conceituado da mesma forma por Silva et al. (2022), com o *setting* terapêutico desconstruído, senso de vulnerabilidade no mesmo nível dos infectados e envolvidos em acentuada ocorrência de óbitos.

Contextos pré, intra e pós pandêmicos

Passamos a descrever as vivências dos participantes quanto às trajetórias profissionais no decorrer da pandemia por covid-19. Estes dados coletados e analisados referem-se ao desempenho destes profissionais nos sistemas e contextos em que eles atuaram. Trata-se do ecossistema onde o indivíduo experimenta seu desenvolvimento enquanto suas características pessoais interagem com o ambiente do qual ele faz parte, podendo influenciar e ser influenciado pelo indivíduo e organiza-se em sistemas socialmente distribuídos em microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, a depender da proximidade entre o sistema e o indivíduo (Bronfenbrenner, 2011; Habigzang et al., 2005).

O contexto específico dos participantes se distribui entre microssistemas (setor de psicologia), mesossistema (equipes multidisciplinares, familiares dos participantes, comunidade mais próxima) e exossistema (governos e gestões sociais). Nesta perspectiva sistêmica este estudo ressalta a relevância do contexto no desenvolvimento, aprendizagem e atuação dos participantes em lugares, tempo, atividades, papéis e instituições. A análise destes sistemas que compõem o contexto traz a particularidade de terem se sucedido em cenário sindêmico.

As categorias derivadas apresentadas neste momento representam a dinâmica multifatorial da complexa interação exercida entre os psicólogos e os contextos sindêmicos, em seus diferentes períodos pré-intra-pós, em que eles se inseriram e se comportaram de forma ativa. Nos resultados apresentados na Tabela 6 estão discriminadas as quatro categorias identificadas no período pré pandemia: Interdisciplinaridade como fundamental na prática e na expansão da psicologia hospitalar; Desafios da psicologia: insuficiência de psicólogos e entraves políticos; Autopercepção dos/as psicólogos/as de não reconhecimento do papel/trabalho da psicologia e Negligência das gestões e autossustentabilidade na capacitação do/a psicólogo/a (Tabela 6).

Tabela 6

Contexto – Período Pré-pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categoria
“Focar nesse trabalho multiprofissional, porque a gente vê que os profissionais ainda trabalham muito isoladamente, cada um na sua casinha.”	Focar no trabalho multiprofissional Profissionais ainda trabalham isoladamente	Importância da interação qualificada com equipe multi	Caracterização das relações praticadas dentro do ambiente hospitalar, a interação e iteração com outros pares profissionais	Interdisciplinaridade como fundamental na prática e na expansão da psicologia hospitalar
“Tentando garimpar, criar espaços dentro de um ambiente que era bem restritivo. A gente tá um pouco separado e seria essencial que a gente se juntasse mais, que a gente trabalhasse junto, que fosse uma política mesmo arraigada em cada profissional. Não somente do psicólogo, mas especialmente do psicólogo.”	Busca de ampliação do espaço de atuação da psicologia	Psicologia buscando espaço		
“Eu acho que esse cuidado, essa abertura ou a possibilidade de a gente começar a buscar a discussão de casos com outros profissionais.”				
“Dificuldade também de conseguir os profissionais.” “O número de psicólogos é pouco, a gente fica no hospital todo.” “Não basta apenas a gente saber (<i>o fazer da psicologia</i>). Tem muitas coisas, muitos entraves políticos.”	Dificuldades de conseguir psicólogos Poucos psicólogos Entraves políticos	Escassez de psicólogos Limitações políticas	Fatores que atribuem complexidades e impedimentos sobre a dinâmica de condução e execução da psicologia dentro do hospital	Desafios da psicologia: insuficiência de psicólogos e entraves políticos
“Hospital era um grande desafio, o ambiente de hospital, ele é muito voltado ao médico e ao enfermeiro.” “Tinha algumas demandas que elas eram específicas da psicologia, muitas vezes a gente não era acionado para algum atendimento, situações que acontece até hoje. Às vezes tem uma tentativa de suicídio, alguma situação relacionada à violência, que às vezes passa sem uma avaliação, sem um atendimento psicológico.”	Hospital é um grande desafio Médico centralizando a prática Muitas vezes não sendo acionado para atendimento típico da psicologia	Modelo biomédico vigente Falta de compreensão e conhecimento do papel/atuação da psicologia	Percepção da conceituação e discernimento da equipe multi acerca da função da psicologia hospitalar e compreensão do fluxo de encaminhamentos	Autopercepção dos/as psicólogos/as de não reconhecimento do papel/trabalho da psicologia

	Ocorrências de tentativas de suicídios e violências não encaminhadas à Psicologia			
“Aqui dentro do hospital, a gente tem até um certo grau de pessoas que já entendem mais ou menos como é que é o serviço, eu acho que poderiam entender mais, ter uma visão melhor do que é o serviço da psicologia, como funciona, do que a gente atende.”	As pessoas deveriam ter uma visão melhor do que é o serviço da psicologia	Tudo é o/a psicólogo/a que corre atrás	Falta de oferta de recursos específicos para psicologia	Identificação das estratégias e proveniências de qualificação e capacitação do/a psicólogo/a
“Não receber educação permanente por parte do Estado, com relação ao trabalho do psicólogo.”	Não recebimento de educação específica para a psicologia	Nada específico para a Psicologia, falta de apoio governamental	Iniciativa do profissional na busca de qualificação	Negligência das gestões e autossustentabilidade na capacitação do/a psicólogo/a
“Nada específico, assim, voltado para psicologia.”				
“Tudo é o próprio profissional que corre atrás (<i>não tem apoio do governo e de instituições</i>).”				

Interdisciplinaridade como fundamental na prática e na expansão da psicologia hospitalar

Nesta categoria temos exemplificações da importância de a psicologia exercer uma aproximação com outras especialidades como forma de superação das restrições ainda existentes. Acerca desta temática é apropriada a diferenciação conceitual de multi, inter e transdisciplinar. Segundo a concepção de Tonetto e Gomes (2007) sobre a prática do psicólogo hospitalar, podemos diferenciar essas formas de trabalho em equipe nos seguintes termos: a) interdisciplinaridade ocorre quando especialistas abordam e discutem a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade; b) multidisciplinaridade é quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente; e c) transdisciplinaridade ocorre quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Estes mesmo autores apontam que ações interdisciplinares raramente são exercidas pelas equipes de saúde (Tonetto & Gomes, 2007).

A tão importante integração da equipe enfrenta desafios cotidianos no cenário hospitalar sendo identificada como relevante pelos psicólogos respondentes desta pesquisa, e tem reverberação em estudos produzidos por Seidl et al. (2019) que do mesmo modo encontraram relatos de falhas na articulação interdisciplinar. Mello e Teo (2019) observaram aspectos que dificultam esta integração: a) formação acadêmica que não consolida saberes e práticas acadêmicas voltadas à saúde coletiva no âmbito da interdisciplinaridade; b) necessidade de mudança da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade; c) inexistência de reuniões de equipe clínica para planejamento e integração de suas atividades.

Em concordância com os aspectos dificultantes ao processo de integração, Neto (2010) reafirma a limitada contribuição da formação acadêmica e acrescenta a necessidade de rompimento com o padrão comportamental de atuação solitária para uma articulação

interdependente com outros profissionais e, assim, introduzindo uma perspectiva de corresponsabilidade, fundamental para a promoção e consolidação da interdisciplinaridade.

A prática da interdisciplinaridade por parte dos psicólogos hospitalares está respaldada por responsabilidades normativas oficiais, conforme estabelecido na Resolução CFP nº 013/2007, que inclui atuar na mediação entre paciente e outros profissionais, promoção da integração dos membros da equipe viabilizando diálogo e facilitar o intercâmbio de informações. Esta identificação da necessidade de desenvolvimento interdisciplinar entre profissionais da saúde não é algo recente: programas governamentais já consideram o empenho nesta questão como a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Saúde (HumanizaSUS), que propõe a valorização da integração de saberes que orientem mudanças práticas, promotoras da unidade dos profissionais de saúde. Esta mesma política de humanização apontou alguns fatores problemáticos a serem considerados e superados, dentre eles: “a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários”; e o “baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe” (Brasil, 2004, p.5).

Para além das normatizações propostas, é desejável o alinhamento e colaboração do psicólogo com a equipe, pois promove a qualificação da assistência ao paciente como resultante da interdisciplinaridade, que promove o desenvolvimento da compreensão das necessidades dos pacientes, nutrindo a elaboração de estratégias de acolhimento eficazes, estimulando não apenas a recuperação física, mas também o bem-estar emocional e a adaptação às mudanças decorrentes do processo de adoecimento, qualificando a resposta ao paciente (Moraes et al., 2021).

Então, a interdisciplinaridade é prática fundamental para uma proposta de atuação em saúde de modo que se possa conceber uma visão integral do paciente e das circunstâncias características do adoecimento que está vivenciando (Angerami, 2017). Ademais, segundo

Angerami (2017), o alcance deste objetivo de consolidação interdisciplinar ainda necessita de muitos avanços na saúde brasileira. Segundo apontado pelos respondentes desta pesquisa há uma necessidade da diminuição do distanciamento entre a psicologia e outras especialidades para superação de dificuldades ainda existentes, e foram propostas as seguintes estratégias: a aproximação inter-equipe para promoção e ampliação de espaços de atuação e a diminuição do isolamento; facilitar a disseminação e compartilhamento de informações técnicas sobre casos em comum. Ademais, incentivam o estabelecimento de uma política promotora deste processo de agrupamento funcional, não somente aos psicólogos, mas em cada profissional.

Desafios da psicologia: insuficiência de psicólogos e entraves políticos

Questões limitantes ao exercer da psicologia são aqui apontadas, como o quantitativo insuficiente de profissionais para assistir a todos os setores submetidos à responsabilidade da psicologia, e a dificuldade de suprir essa deficiência em obter estes profissionais. Complexidades são apresentadas como a dificuldade de fechar escalas e a sobrecarga de trabalho. Dentro do exossistema, temos obstáculos de ordem política que somam resistências que se impõem ao conhecimento e prática do profissional de psicologia. Aspectos apontados neste estudo são corroborados nos itens sobrecarga de trabalho e escassez de profissionais por outros estudos (Seidl et al., 2019; Mello & Teo, 2019), como aspectos comprometedores da qualidade da atenção psicológica disponibilizada. Este déficit de psicólogos no SUS é um cenário persistente e surge como aspecto desafiante diante da ampliação progressiva dos encaminhamentos populacionais em busca de assistência à saúde mental, comprometendo a efetividade dos serviços prestados (Sobral & Silva, 2022; Mello & Teo, 2019).

Acerca das questões políticas citadas nas respostas desta categoria não foi elucidada a qual situação ou fato os respondentes se referiam quando declararam dificuldades com “*entraves*

políticos”. Por atenção à busca de ofertar o máximo de entendimentos sobre a temática deste estudo, discutiremos entraves políticos presentes na literatura. Um dos fatores que atribui complexidade e desafios organizacionais, contribuindo para a precarização dos serviços, é a figura do estado como principal regulador, fato histórico que desafia o SUS (Paim et al., 2011; Seidl et al., 2014). A diminuição dos espaços coletivos de organização do trabalho evidencia as pressões e influências políticas, além de problemas gerenciais, desproporcionalidade de pessoal na distribuição dentro do sistema, descontinuidades recorrentes conforme a posse de novos governos, dentre outras, impondo processos de desmonte do sistema (Amarante & Nunes, 2018).

Autopercepção dos/as psicólogos/as de não reconhecimento do papel/trabalho da psicologia

Aqui são descritas as interações do microssistema (psicologia) com os mesossistemas (relações com outros microssistemas como os da enfermagem e de médicos). A falta de compreensão acerca da caracterização e atribuições inerentes ao psicólogo, e uma perspectiva imprecisa da psicologia, levava a uma subutilização da atuação deste profissional. Os médicos estão entre os elementos do mesossistema, são agentes ativos que eram responsáveis pela tomada de decisão para encaminhamentos e a mobilização de outras especialidades aptas e apropriadas para contribuir na situação de atendimento demandada. A enfermagem está inclusa neste mesmo mesossistema hospitalar e foi citado que o ambiente é, também, muito voltado a essas duas categorias. Então, é apontando como contexto desafiante a omissão das classes médica e de enfermagem na preservação e promoção do fluxo adequado dos atendimentos intra-hospitalares. Esta falta de reconhecimento é afirmada por percepções de um sistema hospitalar desafiante onde orbita o profissional de medicina, o modelo biomédico e a falta de uma justa compreensão dos contornos técnicos dos serviços psicológicos. Toda essa desinformação e irregularidade nos

encaminhamentos compatíveis com a psicologia interfere na natureza do suporte integral que poderia ser ofertado à população assistida pelo SUS.

Estes fatores de complexidade identificados no presente estudo estão igualmente presentes em pesquisas sobre a temática da psicologia da saúde e seus desafios. A incompreensão acerca da natureza, fundamentos e objeto de trabalho da psicologia hospitalar gera uma comprometedora e imprecisa perspectiva, estabelecendo uma barreira prática entre os profissionais de saúde que atuam no mesmo sistema do psicólogo (Gazotti & Cury, 2019). Esse desconhecimento das amplas capacidades de colaboração da psicologia ao sistema de saúde brasileiro geram uma subutilização, ou desconsideração, da importante contribuição técnica específica que a psicologia pode ofertar (Böing & Crepaldi, 2010). Estes desvios da aplicabilidade da psicologia são expressos nas falas “*Tinha algumas demandas que elas eram específicas da psicologia, muitas vezes a gente não era acionado*” e “*Às vezes tem uma tentativa de suicídio, alguma situação relacionada à violência, que às vezes passa sem uma avaliação, sem um atendimento psicológico.*”

Dentre os fatores originadores deste prejudicial distanciamento profissional está a incompreensão da localização teórica da psicologia, a duplicidade de estar incluída tanto nas ciências humanas quanto nas ciências da saúde, gerando uma certa desconfiança na prática compartilhada (Gazotti & Cury, 2019). O modelo biomédico também foi apontado pelos participantes como estabelecedor de uma dinâmica tradicionalista, onde todas as ações em relação ao paciente orbitam o médico (Seidl et al., 2019) que, por sua vez, sequestra os procedimentos legando outras especialidades à passividade e, muitas vezes, à inoperância e, assim, privando o usuário da plenitude da assistência que a ele poderia ser disponibilizada. Embora os psicólogos da saúde compreendam a proposta de uma saúde biopsicossocial, e até estejam conscientes das diretrizes do SUS, no dia a dia o seu desempenho ainda refletem a

mecânica do modelo biomédico, com intervenções individualistas e “psicologizantes”, de forma isolada e sobrecarregado pelas demandas, não praticando a avaliação dos instrumentos e técnicas aplicadas (Davi et al., 2016; Seidl et al., 2019).

Negligência das gestões e autossustentabilidade na capacitação do/a psicólogo/a

A relação dos participantes com o exossistema no que se refere à disponibilização de recursos técnicos/teóricos, aqui representado pelos governos estadual, federal e pelos conselhos de psicologia estadual/federal, foi considerado insatisfatório, e até nulo. A inexistência de ofertas, incluindo o período pré pandêmico, de atividades de educação permanente, com conteúdo próprio da psicologia, é elencado nesta categoria como uma negligência comprometedora. O empenho individual é aqui destacado, a busca por conhecimentos pertinentes e especializados foi baseada em iniciativas e motivações dos próprios psicólogos.

Contexto intra pandêmico: categorias

Na Tabela 7 estão dispostas as categorias resultantes da sistematização e análise dos dados coletados considerando os contextos que os psicólogos transitaram durante o período em que a pandemia apresentava as mais altas estatísticas de óbitos e infecções com reflexos diretos no ambiente hospitalar. São relacionadas sete categorias: Assistência insatisfatória dos Governos Federal e Estaduais e Conselhos de Psicologia; Microssistema família: impactos nas relações e reflexos psicoemocionais; Mesossistema equipe multi: relações profissionais desfavoráveis no ambiente hospitalar; Microssistema: relações difíceis dentro da equipe de psicologia; Mesossistema social: socialização, preconceitos e discriminação; Aumento do reconhecimento e da demanda da psicologia da saúde em contexto hospitalar pandêmico; e Recursos consultados para qualificação da prática psicológica.

Tabela 7

Contexto – Período Intra pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categoria
“Faltou uma participação também dos conselhos, do conselho regional, do conselho federal.”	Suporte insuficiente por parte dos gestores	Inexistência de capacitações específicas para embasamento da atuação da psicologia	Avaliação do suporte oferecido pelas gestões governamentais no nível federal e estadual e por parte dos conselhos de psicologia	Assistência insatisfatória dos Governos Federal e Estaduais e Conselhos de Psicologia
“Faltou orientação mesmo da parte dos conselhos, e orientação com relação ao material teórico, de psicologia das crises, de emergências, não tinha essa orientação, tinha pouca orientação técnica do conselho para falar sobre a nossa atuação.”	Falta de participação dos conselhos Falta de orientações do conselho em relação a material teórico	Impacto negativo da discriminação com a psicologia por não recebimento de auxílio financeiro oferecido a outras categorias		
“Não. Federal, pouquíssimo. Estadual, mais. Mas nem estadual, mais talvez pelo hospital. É porque o que se propagava no federal a gente via na prática que não era aquilo, que a coisa estava piorando, estava agravando, então a assistência federal foi nula.”	Psicologia de emergência e desastres como material teórico de referência <i>Quase zero (governo federal e conselho regional de psicologia)</i>	Despreparo e omissão do conselho regional na oferta de orientações e respaldo aos psicólogos do estado		
“Foi uma coisa muito da instituição (<i>hospital</i>), não federal, praticamente nada.”	Assistência federal nula	Gestões (federais e estaduais) nulas, decepcionantes e sem credibilidade		
“Porque você sabe que todos os profissionais eles receberam para estar lá dentro e o Estado não teve nenhuma portaria que pudesse nos dar esse auxílio financeiro enquanto todos os profissionais que estavam entrando. E a psicologia foi o único profissional que tinha que entrar, a gente não podia negar o atendimento, mas que não recebeu nenhum benefício nesse sentido financeiro.”	O que propagava do governo federal não era aquilo que se via na prática	Impactando negativamente pela diferenciação de categorias dentro do estado (<i>não receber auxílio covid</i>)	Psicologia das Emergência e Desastres como referência	
“Além da gente também tinha muita ansiedade, muito medo de contaminar, de levar para a família.”	Muita ansiedade e medo de levar para a família	Medo, ansiedade e angústia pelo receio de ser agente contaminador para os familiares	Descrição de medos e consequências psicoemocionais	Microssistema família: impactos nas relações e reflexos psicoemocionais
Preciso não levar a doença para				

		minha família		
	Se isolando dentro de casa	Isolamento e evitação como recurso fora do hospital		dos psicólogos na relação trabalho-família
	Não recebeu nenhum treinamento de como proteger a família	Falta de treinamento e orientações para proteger família de contaminação		
	Evitando ir em familiares por medo de contaminar			
	Familiares em grupos de risco gerando grande ansiedade			
	Sofrimento em não ir para casa nem nas folgas			
"Eu precisava não levar doença para minha família, tanto que dentro de casa eu já ficava isolada, eu chegava do hospital, dentro de casa mesmo já me afastei um pouco da família, a gente não recebeu necessariamente um treinamento sobre como cuidar para não contaminar a família."				
"E aí eu tinha muito medo de contaminar minha sogra, que era idosa, tem problema renal, era grupo de risco, meu filho, que era criança. Então, assim, isso gerava uma ansiedade tão grande. Ansiedade mesmo."				
"Na minha folga eu não ia pra casa, com medo de estar doente, contaminar a minha família, então, assim, foi sofrimento."				
"Então, mais (<i>dificuldades de interação</i>) com a equipe do que com os pacientes."	Maior dificuldade com equipe do que com pacientes	Dificuldade relacional com equipe	Descrição da relação com outros	Mesossistema equipe multi: relações profissionais desfavoráveis no ambiente hospitalar
"Dificuldades talvez com a equipe. Paciente, nem tanto, mais com a equipe. Alguns que minimizavam a mortalidade do Covid, ou negavam, minimizavam."	Dificuldades com equipe por minimização da mortalidade ou negacionismo	Conflitos ideológicos com equipe	profissionais no ambiente hospitalar	
"O processo, paramenta e desparamenta, às vezes o olhar dos colegas que não estavam dentro da covid, que tinham setores da enfermagem, que eles eram exclusivos do setor da covid. Aí nós tínhamos que sair de lá e voltar e atender. Isso gerava aquele olhar. Será que se higienizou? Será que se paramentou? Tomou os cuidados? Estava lá, agora tá aqui? Agora tá aqui comendo? Então, isso era bem difícil."	Dificuldade com equipe pela desconfiança com os psicólogos por conta dos cuidados com processo de higienização	Desconfiança direcionada aos psicólogos pelo processo de paramentação e higienização		
"A equipe ficou muito desesperada, teve muita resistência da equipe (<i>em relação aos atendimentos e na interação e troca de conhecimentos específicos da psicologia</i>)."	Equipe despreparada gerando muita resistência	Despreparo da equipe de psicólogos	Descrição de dificuldades nas relações entre os/as psicólogos/as na atuação durante a	Microssistema: relações difíceis dentro da equipe de psicologia
"Dificuldade dentro do setor (<i>de psicologia</i>)."	Dificuldades dentro do setor	Individualismo e resistência dos psicólogos		
	Categoria individualista			

	Não pode contar com a equipe	Não disponibilidade dos colegas psicólogos	pandemia	
<p>“Nossa categoria é extremamente individualista, eu não posso contar com a nossa categoria.”</p> <p>“Incomoda, né? As pessoas, a fulana não é do hospital e tá aqui no supermercado? Teve essas situações. Meus filhos às vezes também relatavam alguma coisa nesse sentido. Como se houvesse um certo medo, eu acho, da população, preconceito.”</p> <p>“Diziam que se alguém pegasse Covid, foi culpa minha. Então, pessoas aqui do outro lado da rua, diziam que tudo que tinha a ver com Covid era eu.”</p> <p>“Foi muito cruel. A gente, da primeira leva, sofreu muito isso de não quererem lavar o nosso carro, por causa do Covid, das pessoas maltratarem a gente porque a gente trabalhava no covidário.”</p> <p>“Acho que já tinha valorização do profissional de psicologia lá dentro do hospital, mas após a pandemia, a demanda triplicou. Tanto que teve o reconhecimento por parte da importância da psicologia nesse sentido, do trabalho que a gente realizou.”</p> <p>“A gente deveria ter lutado era a questão de deixar mais representada a nossa profissão. Hoje eu vejo que a psicologia cresceu muito, mas poderia ter crescido muito mais. Hoje os casos de ansiedade estão aumentando e a gente já vê o reconhecimento que todo mundo dá hoje. Mas eu acho que se a gente tivesse tido uma atuação mais presencial, que é essa questão de atendimento, telefone, videochamada, eu acho que não repercutiu tão bem, na minha opinião.”</p> <p>“Então, foi buscando alguns cursos, né? Acho que a Fiocruz ajudou bastante nesse início com</p>	<p>Situações de preconceito por atuar no hospital</p> <p>Sendo culpabilizada por contaminações ocorridas entre pessoas próximas</p> <p>Maus tratos sofridos por trabalhar no covidário</p> <p>Se negarem a lavar o carro do psicólogo atuante no covidário</p>	<p>Preconceito direcionado aos psicólogos atuantes no hospital</p> <p>Culpabilização por infecções de familiares e sociais</p> <p>Se negando a lavar o carro de psicólogos/as atuantes no hospital</p>	<p>Descrição das relações e interações sociais dos/as psicólogos/as fora do ambiente hospitalar</p>	<p>Mesossistema social: socialização, preconceitos e discriminação</p>
	<p>Valorização do trabalho da psicologia</p> <p>Aumento de demandas</p> <p>Psicologia cresceu muito, mas poderia ter crescido mais</p> <p>Repercussão negativa dos atendimentos online no trabalho da psicologia</p> <p>Reconhecimento da atuação do psicólogo nas ocorrências das crises de ansiedade</p> <p>Teria maior crescimento se tivesse sido mais presencial e menos online</p>	<p>Valorização e reconhecimento da psicologia</p> <p>Possibilidade da psicologia de ter crescido mais</p> <p>Aumento das demandas para psicologia</p> <p>Uso do atendimento online como prejudicial ao crescimento da psicologia</p>	<p>Concepção dos psicólogos sobre a atuação da Psicologia no hospital durante a pandemia</p>	<p>Aumento do reconhecimento e da demanda da psicologia da saúde em contexto hospitalar pandêmico</p>
	Fiocruz	Material online como recursos acessíveis e	Descrição das fontes de	Recursos consultados para qualificação da

“alguns cursinhos, algumas coisas.”	Diálogo com colegas	acessados	conhecimento disponibilizadas e acessadas pelos psicólogos durante a pandemia	prática psicológica
“Aqueles cursinhos que a gente fez aqui da Fiocruz.”	Cursos online	Compartilhamento de conhecimento com colegas		
“Mais conversando com os meus colegas, conversando também entre nós.”	Material de instituições			
“Cursos online e material que as instituições disponibilizaram.”				

Assistência insatisfatória dos Governos Federal e Estaduais e Conselhos de Psicologia

A posição acerca da assistência e suporte ofertados por órgãos gestores foi considerada ineficiente e/ou inexistente. Foram apontados os governos e conselhos da classe com faltosos no quesito orientação na forma de material teórico e diretrizes técnicas. Especificamente sobre os governos estadual e federal, além da insuficiência na disponibilização de instruções específicas também apontaram a falta de confiabilidade e senso de insegurança em relação às poucas orientações recebidas.

Em relação aos conselhos, estadual e federal, foi expressa a percepção de desamparo e imobilidade em relação a referências e instruções técnicas e teóricas, onde uma maior participação seria desejável. Nesta categoria ainda foi apontada a psicologia das emergências e desastres como referência útil e orientativa. Por outro lado, as instituições hospitalares foram citadas como fornecedoras de recursos e apoio administrativo aos participantes. É reiterado nesta categoria, como presente em outras, o auxílio financeiro não recebido pelos psicólogos, mas percebido por outras categorias profissionais, sendo que a psicologia esteve presente no “covidário” e no necrotério, além de todos os outros ambientes comuns de risco de infecção.

Ampliando a discussão e buscando a integridade dos dados coletados, como produto da análise sistemática e constante proposta pela TFD, é necessário um ajustamento conceitual nesta categoria. Sem nenhum questionamento sobre a honestidade das respostas dos participantes desta pesquisa, e após aplicação do princípio da TFD de comparação constante entre dados, códigos, categorias e conceitos, é necessária uma ponderação sobre a negligência aqui citada. Quando confrontamos os dados ao longo da pesquisa, podemos identificar pareceres não convergentes, em específico a negligência apontada em relação à disponibilização de recursos técnicos/teóricos. Ponderamos que em outras respostas/dados colhidos foi afirmada a obtenção de variados materiais disponíveis em fontes diversas que foram assimiladas e aplicadas. Uma interpretação

possível é a da limitação pessoal em relação à utilização das tecnologias (como meios de acesso a materiais) e/ou indisponibilidade individual para busca ativa por informações existentes.

Prosseguindo nas pontuações nesta categoria, temos a falta de credibilidade dos governos em relação às disponibilizações e consequente sentimento de insegurança experimentadas durante a pandemia, uma questão que excede à viabilização, e se refere à percepção de competência, validação, comprovação e fundamento das orientações ofertadas. Como elemento recorrente, temos a psicologia das emergências e desastres referenciada como modelo técnico/teórico para a psicologia da saúde em contexto pandêmico. Presente também nesta categoria, bem como também em outras diferentes categorias, a questão da psicologia ter sido preterida em relação à percepção de auxílio financeiro facultado a outras classes profissionais mesmo estando na mesma condição de vulnerabilidade destas classes contempladas.

Microssistema família: impactos nas relações e reflexos psicoemocionais

O núcleo familiar, aparece como alvo de cuidados e preservação. O medo, ansiedade e sofrimento foram vivenciados pelos participantes pela ameaça de ser agente de infecção para os familiares: sentimentos fortes e generalizadamente presentes nos entrevistados. Familiares em grupo de risco, idosos e crianças geravam especial tensão em relação ao maior risco de infecção.

O isolamento foi exercido dentro dos lares como fator protetivo: se afastar dos familiares foi uma prática preventiva adotada. A falta de treinamentos específicos voltados à prevenção de infecções resultantes do transporte e deslocamento hospital-casa, foram relacionados como fator de complexidade.

Correspondências teóricas são encontradas na literatura que ratificam os sentimentos de medo, ansiedade e sofrimento (Mayra et al., 2024; Teixeira et al., 2020; Tufenkjian & Vidotti, 2021) evidenciados nesta categoria. O receio de ser agente transmissor aos familiares da infecção

por covid-19 foi fortemente expressado, sendo que este sentimento passa por variações de intensidade quando estão presentes no microssistema indivíduos pertencentes a grupos de risco.

Como estratégias de *coping* foi exercido o isolamento, mesmo na própria residência, para a prevenção. Ainda conforme Andery et al. (2020), em situações de alta intensidade de exaustão, os profissionais se afastam das pessoas e os vínculos sociais podem ser destituídos de empatia (Andery et al., 2020). Esta categoria é complementada com a colocação dos participantes acerca da omissão no que se refere a orientações técnicas voltadas especificamente a cuidados profiláticos que orientassem na prevenção de risco de contaminação transportada do hospital para as residências.

Mesossistema equipe multi: relações profissionais desfavoráveis no ambiente hospitalar

As convivências intra-hospitalares com outros microssistemas foram apontadas como desfavoráveis. Foi declarada maior dificuldade de interações com integrantes das equipes do que com os pacientes. Entre os motivos relatados estão aspectos ideológicos como minimização ou negação da mortalidade pela covid-19, e aspectos práticos como a insegurança dos outros profissionais em relação às habilidades dos psicólogos com os cuidados profiláticos, gerando expressões de desconforto e desconfiança direcionadas aos psicólogos.

O estudo de Seidl et al. (2019) nos oferta uma forma de compreensão do negacionismo, apontado como desfavorável nessa categoria, e confirmado no estudo de Oliveira et al. (2023), inserido nas características pessoais e interpessoais, que por sua vez estão entre os fatores que podem dificultar a integração da equipe, sendo que estas complexidades são manifestas por meio de ideologias, presunções e individualismos, se entrepondo nas relações intrapessoais entre psicólogos e demais profissionais. Ponderamos aqui um cenário conveniente e propício para manifestações de desconfiança e desconforto descritas pelos participantes nesta categoria, dado a

falta de comunicação ativa e funcional, levando a um distanciamento entre os profissionais de diferentes especialidades, ocasionando expressões de intolerância e inseguranças, como as exemplificadas nesta categoria.

Outros entraves são elencados como prejudiciais ao bom desenvolvimento das relações entre os psicólogos e outros profissionais de saúde, tais como uma comunicação improdutiva ocasionada pela falha no uso de uma linguagem clara e objetiva por parte do psicólogo e a falta de compreensão adequada sobre funções e responsabilidades de cada profissional, em particular com especialidades emergentes como a psicologia (De Assis et al., 2019; DeLara, 2022; Sa, 2024).

Em nosso estudo, especificamente, não buscamos as razões que informassem os motivos para a não ocorrência de uma melhor integração com outros profissionais intra hospitalares – exceto o destacado negacionismo -, mas ainda assim afirmamos a importância de se buscarativamente esse aprimoramento da comunicação e dos vínculos profissionais e da proatividade dos psicólogos nesta evolução institucional.

Microssistema: relações difíceis dentro da equipe de psicologia

Em relação ao sistema mais aproximado aos participantes, o setor de psicologia do hospital, foram relatadas dificuldades internas, sendo apresentados os seguintes fatores negativos presentes: resistência da equipe em relação aos atendimentos, na interação, e na troca de conhecimentos específicos da psicologia, individualismo e não disponibilidade a cooperações.

O microssistema composto pelo setor de psicologia das instituições hospitalares enfrentou desafios igualmente intensos na pandemia. As atividades habituais pré pandêmicas importantes para a manutenção de um grupo alinhado e interdependente foram suspensas, em sua maioria (reuniões, capacitações e supervisões), então o setor de psicologia enfrentou o desafio de suprir a

demandas de assistência psicológica exacerbada e crescente que acionou os serviços hospitalares e, ao mesmo tempo, buscando ajustamentos internos ao setor visando a garantia da qualificação dos serviços psicológicos ofertados.

Para além da sobrecarga de trabalho e o zelo pela estabilidade interna do setor de psicologia, ainda há uma especificidade que precisa ser considerada quando refletimos sobre este microssistema de um hospital público do SUS, durante a pandemia, pois os psicólogos foram atribuídos de uma dupla responsabilidade ocupacional a qual não é compartilhada com nenhum outro profissional ali presente: prestar assistência ao outro enquanto ele mesmo tem necessidades de cuidados (Gazotti & Cury, 2019).

O psicólogo precisou equilibrar sua conduta entre dois sofrimentos simultâneos, o do outro e o próprio. Orientar o paciente na administração da ansiedade enquanto ele mesmo está ansioso, ajudar o outro a gerir o medo enquanto ele próprio está temerário, acolher a angústia do familiar de um paciente grave enquanto ele teme pelos seus, dar suporte ao enlutado enquanto ele lida com perdas particulares, ocupar-se com a dor do outro enquanto está dolorido. A proposição de Andery et al. (2020) autentica este desgaste psicológico do psicólogo, que como é um profissional que se ocupa com pessoas, tem esse vínculo caracterizado pela exigência de uma resposta emocional contínua, sendo esta condição um fator de risco para *burnout*, também denominada síndrome tridimensional que se tipifica pela ocorrência de exaustão emocional, despersonalização e incompetência (sensação de realização pessoal e profissional reduzida). O grupo de psicologia hospitalar teve e tem diante de si desafios múltiplos que vão além da falta de comunicação e distanciamento interno.

Ampliando as relações para o mesossistema, representado aqui pela sociedade em que o participante está inserido, temos a experiência de incômodo, preconceito, crueldade e maus tratos direcionados a si e aos seus familiares, bem como culpabilização por infecções ocorridas nos indivíduos que orbitavam o psicólogo. Os participantes alegavam experiências negativas em locais públicos, por exemplo: em supermercados quando foi sugerido que não poderia frequentar o local por ser possivelmente contaminante, vizinhança e adjacências urbanas atribuindo ao participante a responsabilidade pelas contaminações ocorridas no meio, episódio de se negarem a lavar o carro da participante pelo fato dela atuar em ambiente hospitalar pandêmico.

Esta categoria denuncia um fato preocupante: a manifestação de discriminação e violência psicológica verbal e exposição vexatória direcionada aos psicólogos e seus familiares, mesmo não existindo estudos e pesquisas sobre a violência especificamente contra psicólogos, e a ainda reduzida produção acadêmica nacional, aqui vale a discussão, dada a gravidade do tema, considerando de forma ampla os profissionais da saúde. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (ILO, 2019), o trabalhador em ambiente hospitalar é considerado sob alto risco (Vasconcellos et al., 2012). Conforme a OMS (2002), em ambiente ocupacional a violência física e verbal é tipificada como abuso, ameaça ou ataque relacionados com a ocupação que o indivíduo desempenha, seja intra ou extra instituição.

Uma variedade de violências tem sido experienciadas por profissionais da saúde, impondo sofrimento, redução da qualidade de vida e comprometimento na atuação laboral (Pereira, 2018; Velloso et al., 2011). Este desdobramento da violência e discriminação também é perpetrado por meio de agressões que se expressam de formas verbais e físicas, humilhações que são manifestas em xingamentos, e até por expulsões de transportes públicos e hotéis (UN, 2020; WHO, 2020).

Os profissionais da saúde que em certo momento da pandemia foi visto como “herói” ou como solução para enfrentamento da pandemia passou a ser considerado -pelos que praticam as

agressões - como foco de contaminação da doença (UN, 2020). A violência direcionada aos profissionais da saúde já foi registrada anteriormente à ocorrência da pandemia, mas foi estatisticamente ampliada após a pandemia na forma de discriminação (UN, 2020; WHO, 2020). De forma semelhante, os profissionais de saúde que já estavam sendo vítimas de atos violentos no interior das unidades de saúde onde exerciam suas atividades (Silva et al., 2019), após a pandemia a violência passou a ser praticada também extramuros (UN, 2020; WHO, 2020).

Por fim deve-se destacar os já conhecidos comprometimentos decorrentes da violência que podem incluir transtornos psíquicos, ansiedade, depressão e demais prejuízos, podendo causar danos irreparáveis (Vasconcellos et al., 2012; Velloso et al., 2011). Esta discussão se deu em um panorama global e nacional, mas os eventos de discriminação foram reais e ocorreram com os psicólogos participantes deste estudo.

Aumento do reconhecimento e da demanda da psicologia da saúde em contexto hospitalar pandêmico

O crescimento e valorização da psicologia e aumento dos acionamentos intra-hospitalares são apresentados nesta categoria. A importância da psicologia foi ampliada com o reconhecimento do trabalho que estava sendo realizado. Este crescimento e valorização poderia ter sido maior, segundo participantes, sendo que o fato da utilização de videochamadas e atendimentos telefônicos comprometeu o mais amplo desenvolvimento da relevância e apreciação da psicologia e isto não teria acontecido se a atuação da psicologia tivesse sido mais presencial. Como em outras categorias as TICs foram citadas, sendo que se mantém a divergência acerca do benefício ou prejuízo decorrente da ampla utilização dos recursos tecnológicos nas mediações intrapandêmicas.

Recursos consultados para qualificação da prática psicológica

Entre os meios acessados na busca de maior desenvolvimento profissional e referências para orientar a adaptação e capacidade de respostas ao momento pandêmico, foram citados especificamente atividades realizadas pela Fiocruz, cursos online e diálogo com colegas de trabalho. Utilizando do intercâmbio e entrelaçamento entre as categorias temos as afirmações da proatividade por parte dos psicólogos na busca de conhecimentos e conteúdos orientativos, sendo estas instituições e fontes as mais reconhecidas e compartilhadas nos grupos de aplicativos de mensagens estuduais.

Contexto pós-pandêmico: categorias

Serão agora apresentadas as categorias que foram conclusões da análise dos dados coletados, considerando o período pós pandemia e os contextos que os psicólogos atuaram (Tabela 8). Foram identificadas sete categorias: Psicologia das emergências e desastres é relevante na formação acadêmica em Psicologia; Apoio insuficiente por parte dos conselhos e governo para a atuação da psicologia; Mesossistema: equipe multi; Microssistema: equipe de psicologia; Microssistema: família; Mesossistema: reconhecimento, expansão e valorização social da Psicologia; e Problemas de saúde física e mental: herança da covid.

Tabela 8

Contexto – Período Pós-pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categorias
<p>“Eu acho que é uma área da psicologia que, na graduação, não está dando muita atenção, que a gente está tendo muita frequência e que nós somos muito requisitados.”</p> <p>“Na faculdade, a gente precisa ter mais um arcabouço teórico, disciplina voltada para a questão de desastres, de pandemias.”</p> <p>“Eu acho que a gente sai despreparada para atuar, quando a gente é chamado, a gente tem que se reinventar, se organizar, igual aconteceu agora na pandemia.”</p>	<p>Ausência da psicologia das emergências e desastres na formação acadêmica</p> <p>Formação na graduação não prepara para atuação pandêmica</p>	<p>Psicologia das emergências e desastres como conhecimento teórico necessário na graduação em Psicologia</p>	<p>Opinião referente a psicologia das emergências e desastres como conteúdo teórico válido na formação</p>	<p>Psicologia das emergências e desastres é relevante na formação acadêmica em Psicologia</p>
<p>“Alguma coisa no sentido de suporte que os psicólogos tiveram. Mas eu acho que ainda faltou (<i>conselhos e governo</i>).”</p> <p>“Profissionais que ficaram mais resistentes, voltando lá àquela situação que eu falei do incentivo financeiro, se eu não recebo eu não atendo.”</p> <p>“Eu acredito que a gente tem um desamparo muito grande da parte dos conselhos, de como a gente melhorar a atuação em futuras situações próximas, parecidas ou piores.”</p>	<p>Falta de suporte dos conselhos e governo</p> <p>Exclusão da Psicologia como categoria recebendo auxílio financeiro</p> <p>Desamparo dos conselhos</p> <p>Falta de instrução e orientação vinda dos conselhos</p>	<p>Insuficiência de suporte ofertados pelos conselhos de Psicologia e governo</p> <p>Discriminação da Psicologia no recebimento de auxílio financeiro destinado a outras categorias</p>	<p>Entendimentos dos/as psicólogos/as referente ao suporte, fomento e promoção de justiça por parte das instituições</p>	<p>Apoio insuficiente por parte dos conselhos e governo para a atuação da psicologia</p>
<p>“Então, eu acho que essa rotina da visita ao leito, a gente já tinha. Mas hoje a gente faz as visitas com a equipe multiprofissional toda, a gente faz o médico e a equipe, foi algo que foi introduzido.”</p>	<p>Introdução da visita multiprofissional</p> <p>Melhoria na comunicação entre</p>	<p>Visita multiprofissional como acréscimo positivo</p>	<p>Descrição de relações profissionais dentro do microssistema hospitalar</p>	<p>Interação com equipe multi</p>

equipes				
“Percebido durante a pandemia a necessidade de melhora nas maneiras de comunicação entre as equipes dentro do hospital e troca de experiências, a troca teórica, e formação que seria algo que deveria ser implementado com mais ênfase, também convivência relacional.”	Trocas teóricas e de experiências Ênfase na convivência relacional	Não houve prática de estudo e compartilhamento Individualização da prática do psicólogo Ações não foram integradas Não houve alinhamento ou protocolos partilhados	Ausência de integração da prática dos psicólogos Atuações individualizadas	Percepção dos psicólogos referente às interações e iterações do setor de psicologia do hospital
“Eu acho que não, aquela coisa de estudar junto e dividir. Isso não aconteceu porque quem estava no plantão não passava. Não tem aquela coisa de vamos compartilhar.”				Interação com equipe de psicologia
“Eu acho que eles não foram integrados assim, foram mais práticas individuais, não teve esse alinhamento mesmo de dizer vamos agir dessa forma, montar um protocolo de atendimento, não teve.”				
“Individualizadas. Não foi um consenso.”				
“O cuidado de chegar em casa, ficar com a roupa do hospital dentro de casa.”	Não usar em casa roupas do hospital	Adquirindo precauções para prevenção de contaminação no deslocamento trabalho-casa	Descrição das ações preventivas adquiridas para evitar infecção de familiares	Interação com família
“Não entrar com calçado em casa, de trabalho. Então, eu acho que hoje eu tomo esses cuidados.”	Cuidados ao chegar em casa do hospital			
“A gente teve um reconhecimento muito grande, assim, da nossa importância da nossa atuação, para o sofrimento mental diante de uma doença.”	Grande reconhecimento da importância da Psicologia para o sofrimento mental Sociedade valorizando e precisando mais da Psicologia	Psicologia valorizada, requisitada e reconhecida socialmente Psicologia expandindo sua atuação e adquirindo aptidão para situações futuras	Autopercepção acerca da representação, atuação e desempenho da Psicologia	Mesossistema: reconhecimento, expansão e valorização social da Psicologia
“Eu acho que depois da pandemia a sociedade percebeu que a importância da atuação do psicólogo, não só percebeu, como precisou mais também.”	Ocupação de espaço			
“Uma coisa que eu acho que foi positiva foi uma maior valorização da psicologia. Então,				

<p>eu vejo que a psicologia, ela ocupou esse espaço. A medicina solicitava a gente estava ali, para atuar de uma maneira mais valorizada.”</p>	<p>pela Psicologia</p>		
<p>“A gente saiu mais fortalecido, saiu mais apto para estar ajudando em situações futuras.”</p>	<p>Crescimento da psicologia e de sua importância</p>		
<p>“Tem pessoas que adquiriram transtorno de pânico, crise de ansiedade das pessoas aumentou, cardíacos, infarto aumentou demais, AVC. Assim, são coisas que a Covid trouxe e que vamos ter que conviver com isso aí por um bom tempo.”</p>	<p>Psicologia fortalecida e apta para situações futuras</p>		
<p>“Mundo foi subjugado ao mesmo conteúdo. Ao mesmo medo, a mesma angústia. E foi uma angústia que foi mundial. Assim, foi uma experiência que todas essas gerações sofreram.”</p>	<p>Conviver com coisas que o covid-19 trouxe como transtornos de pânico, ansiedades elevadas, cardiopatias, AVCs</p>		
	<p>Aumento das demandas direcionadas à psicologia para manejo e convivência de consequências da pandemia na saúde mental</p>	<p>Identificação dos impactos da pandemia na saúde mental e física da população</p>	<p>Problemas de saúde física e mental: herança da covid</p>
	<p>Angústia e medo mundial subjugando todos ao mesmo sofrimento</p>		

Psicologia das emergências e desastres é relevante na formação acadêmica em Psicologia

A concepção da necessidade de que a psicologia precisa se reinventar e se organizar foi expressa pelos participantes. A pandemia trouxe uma autopercepção de despreparo para atuação e a noção de que a psicologia foi, e será, muito exigida nestes contextos. A psicologia das emergências e desastres é apontada como relevante e com rico arcabouço teórico/técnico acerca de pandemias e tem sido desconsiderada na formação em nível de graduação. Temos, então, a legitimação sistemática deste campo de estudo e atuação, a psicologia das emergências e desastres, como solicitada a expandir sua presença nos variados campos como a psicologia da saúde, na atuação hospitalar e nas grades curriculares das graduações em psicologia.

Apoio insuficiente por parte dos conselhos e governos para a atuação da psicologia

Neste período pós pandêmico a inoperância e ineficácia dos órgãos gestores foi reafirmada. A falta de suporte e de orientação por parte dos conselhos de psicologia e governos estadual e federal, foi evidenciada como um desafio a ser superado para que a psicologia esteja mais apta para futuras situações semelhantes. Temos a recorrência de um fator negativo, uma resistência por parte dos psicólogos aos atendimentos a pacientes infectados pelo fato de não receberem o incentivo financeiro dispensado a outras categorias profissionais. Uma constante foi identificada em relação ao suporte ofertado por parte dos órgãos gestores, seja em período pré, intra ou pós pandêmicos: a insatisfação dos psicólogos seja na disponibilização de informações e orientações, normativas técnicas, treinamentos e capacitações, apoio financeiro ou assistência à saúde mental dos servidores.

Interação equipe multi

Em relação aos sistemas do contexto, especificamente as equipes multidisciplinares presentes no mesossistema que circunda o psicólogo, temos nessa categoria um entendimento da necessidade de desenvolvimento da comunicação, convivência, compartilhamento de conteúdos empíricos e teóricos e implementação de formações. De forma positiva foi elencada a manutenção de práticas integradas, de forma multidisciplinar, nas visitas aos leitos. A falta de políticas institucionais específicas que sejam promotoras desta inter-multi-transdisciplinaridade é uma carência reiterada e alvo de reivindicação direcionada aos governos estaduais e federais.

Interação com equipe de psicologia

Em consideração a o período pós pandêmico, praticando uma reflexão em retrospectiva, os participantes declararam que não foram incorporadas algumas necessidades percebidas como importantes: estudos em conjunto, compartilhamento de informações e ações integradas. Apontaram também a manutenção do individualismo, falta de consenso e falta de alinhamento.

Este é um desafio contextual que se apresenta como alvo de priorização, como já foi discutido nos resultados e discussões deste estudo: a fundamentalidade da integração da equipe, da comunicação adequada e eficiente, do alinhamento conjunto e que responda às possibilidades de ampliação do trabalho da psicologia e da preservação e promoção da saúde do psicólogo.

Interação com família

Em relação às práticas profiláticas direcionadas aos seus familiares, os participantes afirmaram que foram mantidas após a pandemia as seguintes: o cuidado com a vestimenta hospitalar e calçados ao chegar em casa. O medo de ser agente infectante e oferecer risco aos familiares foi apontamento recorrente nos contextos intra pandêmicos. Vemos aqui um

comportamento herdado e incluído no repertório atual, sendo esta uma diretriz já estabelecida e preconizada nas normas profiláticas hospitalares, amplamente ministradas a servidores da saúde.

Mesossistema: reconhecimento, expansão e valorização social da Psicologia

Avaliando os pareceres sociais acerca da psicologia, em momento pós pandemia, os participantes concluíram que houve maior valorização, percepção social da importância da atuação do psicólogo, maior procura pelos serviços psicoterápicos. Eles avaliaram que a psicologia foi alvo de maior reconhecimento dada a sua atuação diante do sofrimento mental causado por uma doença. Ainda se concebe que a psicologia expandiu em ocupação de espaços, se tornou mais apta, fortalecida e ajustada para responder a possíveis futuras situações semelhantes. É abrangente, no que se refere aos “tempos” em que este estudo se movimenta, a atribuição de uma perspectiva positiva em relação ao amadurecimento, ocupação de espaços, participação efetiva e capacidade de resposta da psicologia da saúde no enfrentamento da pandemia.

Problemas de saúde física e mental: herança da covid-19

Quanto às consequências percebidas em adoecimentos em contextos micro-meso-exo-macro, os participantes descreveram que entre os agravos físicos houve aumento dos comprometimentos cardíacos, infartos e AVC, e as incidências de transtornos de pânico, crises de ansiedade, medo, angústia e sofrimento compartilhado socialmente. As patologias aqui descritas, de natureza heterogênea, englobando prejuízos físicos e psicológicos, são percepções particulares dos psicólogos, foram declaradas considerando as incidências ocorridas, tanto com os próprios psicólogos quanto com a comunidade que acessa o hospital, mas sem comprovação diagnóstica.

Pessoas pré, intra e pós pandêmicos

Os participantes, nesta seção do estudo, assumem a centralidade na análise: o elemento Pessoa. Este componente interfere diretamente nos sentidos e eficácia dos Processos, por meio da atuação em diferentes Contextos nos diferentes Tempos (Bronfenbrenner, 2011). Os dados aqui compilados e apresentados exploram suas individualidades, reações, conceituações, reflexões, efeitos, sequelas, forma de acesso a recursos assistenciais, cooperações e outros aspectos adaptativos e interações do participante, enquanto psicólogo em ambiente hospitalar pandêmico.

O componente pessoa, como fundamental em qualquer compreensão de experiências e aprendizados, são aqui considerados nos dados coletados com os psicólogos hospitalares disponibilizando conhecimento produtivo para psicologia da saúde. A Tabela 9 traz aspectos do elemento Pessoa, no período pré pandemia, em cinco categorias: Formação profissional básica da graduação; Satisfação acerca do trabalho hospitalar; Autoavaliação profissional positiva; Postura profissional proativa e autonomia na prática psicológica, e; Capacitação técnica baseada na experiência profissional anterior e nos pares.

Tabela 9

Pessoa – Período Pré-pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categoria
“Eu tive uma formação naquela academia antiga (<i>que não preparou para os desafios da covid</i>).”	Falta de conhecimento acadêmico preparatório para a pandemia	Graduação ofertou o básico	Características individuais e fontes de recursos aplicadas à fundamentação da prática psicológica no ambiente hospitalar	Formação profissional básica da graduação
“A faculdade deu pelo menos o básico, aquela bagagem básica que você pudesse atuar na hospitalar.”	Formação acadêmica antiga	Conhecimento acadêmico insuficiente para atuação na pandemia		
“A faculdade, ela serviu como base (<i>apenas o básico para atuação hospitalar</i>).”	Faculdade ofertou o básico para a atuação hospitalar			
“Eu gosto muito da hospitalar.”	Gosto muito da hospitalar	Relação positiva com a prática da psicologia hospitalar	Apreciação acerca da vivência no que se refere à atuação na psicologia hospitalar	Satisfação acerca do trabalho hospitalar
“Mas eu gosto muito desse atendimento, sabe? Eu gosto muito desse acolhimento inicial. Quando a pessoa está naquela hora, naquele momento crítico.”	Paixão por atuação em dinâmicas automáticas, rápidas			
“Eu me apaixonei pelo PS. Por aquela coisa insana que o PS tem. Automático, rápido.... O PS é apaixonante.”	Pronto socorro como preparatório			
“A minha atuação na unidade hospitalar era muito boa, ajudando e tentando fazer o trabalho em equipe.”	Atuação boa na psicologia hospitalar	Avaliação positiva quanto à atuação	Concepção pessoal acerca do exercício da psicologia e resposta a demandas existentes no hospital	Autoavaliação profissional positiva
“Eu acredito que a formação que eu tive e o treinamento que eu recebi no hospital era suficiente para atender as demandas.”	Buscando o trabalho em equipe	Formação suficiente para atuação hospitalar		
“Eu acho que eu tenho uma boa capacidade técnica, consigo contribuir com os pacientes, com o hospital de uma forma positiva.”	Formação e treinamentos suficientes para atender demandas da psicologia			
	Boa capacidade técnica			
	Contribuição positiva com o hospital			
“Eu nunca fui uma psicóloga de esperar que o paciente	Nunca fui psicóloga de	Proatividade	Comportamento	Postura

“chegasse pra mim.”	esperar paciente chegar	individual na relação com a triade paciente-família do paciente-equipe multi	individual que caracteriza a execução das práticas psicológicas no hospital	profissional proativa e autonomia na prática psicológica
“Eu tenho uma rotina de ir visitar o posto, de conversar com a enfermagem, conversar com o médico, perguntar se quer que atenda, o que quer fazer. Então, essa é a minha postura antes e hoje.”	Tendo uma rotina de busca ativa de atendimentos dentro do hospital	Postura passiva é não desejável	Liberdade de ação	
“Mas eu nunca fui uma pessoa de ficar parada numa sala, sem fazer nada. Essa não é a postura que tem a ver comigo.”		Tinha liberdade para todo tipo de ação		
“Tinha a liberdade, tinha todo tipo de ação, e a gente também vai fazer esse movimento.”				
“O HDT (Hospital de Doenças Tropicais) me instaurou algumas coisas que foram muito legais, que eu já tinha pré-termo.”	Experiências profissionais anteriores como preparatório para atuar na pandemia	Experiência prévia	Práticas profissionais anteriores que acrescentaram na construção do repertório para atuação psicológica atual	Capacitação técnica baseada na experiência profissional anterior e nos pares
“Na falta de conhecimento que a gente tinha, a gente buscava ajuda de um outro profissional.” (<i>da área hospitalar</i>)	Busca em pares profissionais como recurso para falta de conhecimento para atuar na pandemia	Busca de recursos nos pares		
“Algum atendimento ou outro a gente ia na supervisão”				
“Atendimento anterior no programa DST/AIDS”				

Formação profissional básica da graduação

Nesta categoria é descrita uma caracterização da graduação formal dos participantes. Esta formação acadêmica em psicologia foi conceituada como basilar, ofertando o mínimo para a atuação hospitalar. A definição “academia antiga” foi colocada, representando outras falas constituintes, ao se referir que os conteúdos e técnicas presentes na grade de ensino da graduação em psicologia estavam distanciadas das necessidades e tipificações das demandas atualmente direcionadas à psicologia da saúde. Os participantes deste estudo têm entre dez e vinte três anos de atuação na função de psicólogo hospitalar, por consequência, o tempo de conclusão da graduação está em, no mínimo, uma década, não refletindo necessariamente os conteúdos das grades acadêmicas atuais dos cursos de graduação em psicologia, visto que estas passam por constantes revisões e atualizações. Pontuamos aqui a importância da experiência pandêmica que, certamente, vai permear as discussões e planejamentos próximos e futuros acerca dos conteúdos que adquiriram relevância contextual e que ofertem atualização compatível com a contemporaneidade.

Satisfação acerca do trabalho hospitalar

Sentimentos positivos são expostos pelos participantes em relação à atuação como psicólogos hospitalares, incluindo a parte teórica que fundamenta a área, dos aspectos e atribuições nos atendimentos e aptidões esperados para o exercer da função. Igualmente são tidas como positivas as distinções destes acolhimentos descritos como “*insanos, rápidos, automáticos*” indicando os aspectos de fluidez e dinâmica movimentada semelhante ao pronto-socorro. Esta atribuição positiva acerca dos aspectos práticos e a satisfação decorrida são resultantes da avaliação pessoal que considerou, desde o momento pré pandêmico, sendo que esta satisfação se sustentou durante a pandemia e, de forma perseverante, ainda é sentida e expressa hoje.

Autoavaliação profissional positiva

O parecer dos participantes acerca do próprio desempenho, em psicologia da saúde em ambiente hospitalar, é aqui descrito. É afirmado como adequado e com capacidade técnica adequada, conseguindo contribuir com hospital e pacientes de forma positiva e com efetivação do trabalho em equipe. É também apontado que este bom desempenho foi alcançado por meio de treinamentos realizados no hospital. Temos reflexões a serem feitas, em comparação a conteúdos expressos em categorias precedentes acerca de dois elementos aqui colocados (efetivação do trabalho em equipe e treinamentos realizados no hospital): a) nesta categoria o trabalho em equipe é declarado como efetivado, o que se diferencia de ponderações presentes em categorias anteriores; b) é afirmado que a adequação da atuação se deu em razão de treinamentos realizados. Sobre o item a, observamos a aparente divergência entre a avaliação positiva do trabalho em equipe presente nesta categoria e ausente em categorias anteriores. O protagonismo do elemento Pessoa se fundamenta na sua interação com contexto e na operacionalização dos Processos, mesmo que exista uma perspectiva grupal da necessidade de desenvolvimento e integração das equipes, há sempre a possibilidade do individualismo, um indivíduo pensar diferente, um indivíduo vivenciar uma interação diferente, e ter uma perspectiva diferente. em algumas pesquisas é denominado “outlier”. Sobre o item b, que se refere à oferta de treinamentos que viabilizaram a adequação da atuação, há uma coerência com as afirmações presentes em categorias anteriores, onde foi destacada a insuficiência de ofertas de treinamentos por parte dos governos, mas foi pontuado, de forma recorrente, a conduta diferenciada das unidades hospitalares no que tange às capacitações possibilitadas.

Postura profissional proativa e autonomia na prática psicológica

Trata-se de uma autoavaliação dos participantes acerca das condutas e procedimentos por eles desempenhadas no hospital. É afirmado um comportamento ativo e presencial de frequência aos postos de enfermagem e leitos hospitalares, bem como diálogos com equipes de enfermagem e médica em um rastreio de tarefas inerentes à psicologia. Da mesma forma é descrita a aversão a atitudes passivas em relação à prática das responsabilidades como ficar esperando na sala até ser acionado pelos médicos(as) ou pacientes, o que foi citado por eles como comportamento habitual ainda percebido entre os pares dentro do setor de psicologia. O modelo biomédico é identificado nesta conduta específica apontada pelos participantes, em que as assistências hospitalares orbitam a equipe médica e, prioritariamente, dela procedem encaminhamentos e tomadas de decisões acerca dos cuidados em saúde. Foi ainda revelado pelos participantes uma percepção de uma liberdade de ação e de movimentos dentro do hospital, o que oportuniza uma reflexão e reformulação da dinâmica hospitalar ainda centrada no médico(a).

Capacitação técnica baseada na experiência profissional anterior e nos pares.

Em episódios de falta de conhecimento necessário para responder a demandas ou elaborar estratégias dentro do ambiente hospitalar, as matrizes referenciais apontadas pelos participantes foram experiências anteriores em instituições de saúde que lidavam com doenças infecciosas (doenças tropicais, infecções sexualmente transmissíveis e aids), a busca de supervisão em pares profissionais como psicólogos mais experientes. Aqui é percebida a não referenciação dos recursos tecnológicos como fonte de acesso a informações para suporte teórico e técnico orientados à psicologia da saúde, prática reestruturada em período pós pandêmico, conforme apontada nos resultados subsequentes apresentados nesta pesquisa.

Pessoa intra pandêmico: categorias

São agora descritos os aspectos do elemento Pessoa (Tabela 10), no período intra pandêmico, em cinco categorias: Vivência de sentimentos negativos decorrentes da atuação psicológica na pandemia, Somatizações percebidas por psicólogos/as durante a pandemia, Sentimentos aversivos em relação ao ser psicólogo, Comportamentos protetivos praticados durante a pandemia e Percepção de aspectos pessoais positivos identificados durante a pandemia.

Tabela 10

Pessoa – Período Intra Pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categoria
“Foi um sofrimento muito grande, uma angústia, colocar todos aqueles EPIs me deixou extremamente angustiado, apavorado e eu fui uma vez, não voltei mais, foi uma situação aterrorizante.”	Impotência e ansiedade	Sentido angústia, insegurança e impotência	Descrição de sentimentos e consequências psicoemocionais decorrentes da atuação em contexto hospitalar pandêmico	Vivência de sentimentos negativos decorrentes da atuação psicológica na pandemia
“Totalmente, totalmente (<i>comprometimento psicoemocional</i>). Mesmo com muitos anos de experiência fiquei assustada. Tenho uma bagagem boa de experiências, de perdas. Já acompanhei muita gente. Mas o pânico de não saber o que está acontecendo me levou a uma licença psiquiátrica.”	Apavorado/aterrorizado ao ser chamado para atendimento a um paciente com covid	Não conseguindo atender chamados dentro do hospital por pânico	Anos de experiência com óbitos e enlutamento como insuficientes para instrumentalizar a prática psicológica no contexto pandêmico	
“Angústia de ver ali, poderia ser um parente, você tem que passar por isso, poderia ser você próprio, né? Então era muito angustiante aquele momento ali. E impotência.”	Não voltou a atender infectados após um chamado	Pânico mesmo com muitos anos de experiência e de perdas	Licença psiquiátrica	
“Fiquei com estresse, enorme, desenvolvi uma depressão, uma ansiedade muito grande e muito medo.”	Totalmente comprometido emocionalmente	Ficando com estresse enorme, depressão, ansiedade e muito medo	Impactos psicológicos gerando ansiedade, medo, depressão e estresse	
“Difícil conseguir desligar, parece que eu sempre estava ligada, o tempo todo tendo que ter uma resposta pronta a qualquer momento, assim. Isso estava me perturbando bastante.”	Pânico mesmo com muitos anos de experiência e de perdas	Licença psiquiátrica		
“Cansaço, eu senti um cansaço no meu corpo imenso, parecia que eu tava caminhando puxando um caminhão.”	Ficando com estresse enorme, depressão, ansiedade e muito medo	Tendo uma resposta pronta a qualquer momento		
“Muita dor, muita dor muscular.”	Senti cansaço imenso e muita dor muscular	Tive queda de cabelo,	Experimentando queda de cabelo, gastrite, esofagite e endurecimento do	Descrição de comprometimentos psicoemocionais dos psicólogos
				Somatizações percebidas por psicólogos/as durante a

“Tive queda de cabelo, eu tenho gastrite, esofagite, endurece o pescoço.”	gastrite, esofagite e endurecimento do pescoço	pescoço Somatizando: cansaço e dores musculares e ganho de peso	durante enfrentamento da pandemia no hospital	pandemia
“Na pandemia eu engordei uns 5 quilos. Ansiedade mesmo.”	Ganho de peso			
“Eu não quis ser psicóloga naquela função.”	Não queria ser psicóloga naquela atuação na pandemia	Resistência a profissão durante a pandemia	Caracterização da experiência do psicólogo na sua relação com hospital como ambiente de trabalho	Sentimentos aversivos em relação ao ser psicólogo
“Então eu tinha muito medo de ter me contaminado ali naquele plantão.”	Indo embora do plantão com medo de ter sido contaminado	Sentimentos aversivos ao ir trabalhar		
“A palavra correta foi assustador.(ser psicólogo no hospital).”	Foi assustador ser psicólogo no hospital na pandemia	Saindo do plantão com medos de ter sido contaminado		
“Então, eu não me via dentro da ordem normal e eu não queria estar naquele ambiente.”	Eu não queria estar naquele ambiente hospitalar	Foi assustador ser psicólogo no ambiente pandêmico		
“Pensando em saúde mental procurei distanciar um pouco (<i>família, amigos e grupos sociais</i>), principalmente antes da vacina.”	Tirar férias pensando na saúde mental	Distanciamento pré vacinal	Descrição de comportamentos executados na busca do autocuidado	Comportamentos protetivos praticados durante a pandemia
“Eu fazia um atendimento, o colega faria o próximo. Aí, depois, a gente rodava, sabe? Era um rodízio de quem atendia esses pacientes.”	Distanciamento antes da vacina	Estratégias intraplantão		
“Eu aumentei minha análise, eu passei a fazer duas vezes na semana, talvez foi o que pra mim fez mais sentido, o que me deu mais suporte.”	Rodízio intraplantão	Intensificação do suporte psicoterápico		
“Fiquei um tempo tentando me recuperar até conseguir me dessensibilizar e voltar a trabalhar.”	Suporte advindo do aumento do acompanhamento psicoterápico	Buscando recuperar e dessensibilizar para retorno as atividades		
“A primeira foi reconhecer a mim mesma como aguerrida.”	Tentando recuperação e dessensibilização			
“Então, eu sempre fui uma pessoa ativa, mas acho que eu nunca tinha me reconhecido como uma pessoa corajosa. E	Se reconhecendo como aguerrida	Identificando em si coragem, desmistificando medos e	Relatos sobre aspectos pessoais positivos percebidos pelos	Percepção de aspectos pessoais positivos identificados

foi muito legal nesse processo desmistificar, que não tenho medo.”	corajosa Desmistificando o medo	aperfeiçoamento das relações profissionais	psicólogos na pandemia	durante a pandemia
“...ter que ir atrás, discutir com os médicos pra entender sobre doença, porque a cada semana a coisa mudava, descobria algo novo que aparecia, e a gente ia se atualizar nesse sentido, ir atrás de mais conhecimento pra nortear a pessoa, da angústia, do ouvir, de amparo.”	Existência de situações extremamente prazerosas			
“A gente acabava participando desses conhecimentos, dessa troca de informações. Para mim, foi muito prazeroso. Nesse sentido, entendeu? Por mais que existisse aquilo que assustava, que era apavorante, teve situações extremamente prazerosas.”	Preservação de vínculos e relações			
“Criei vínculos e relações nessa época que eu percebo que são para o resto da vida.”	Fé fortalecida			
“A minha fé ficou muito mais forte.”				

Vivência de sentimentos negativos decorrentes da atuação psicológica na pandemia

Esta categoria descreve situações vividas e os sentimentos decorrentes, identificados pelos participantes, ocorridos no momento mais negativamente extremo da pandemia e de maior intensificação dos atendimentos hospitalares, que afirmam o comprometimento psicoemocional vivenciado.

Eventos provocativos relacionados a estes sentimentos são relacionados, como a paramentação no uso dos EPIs e insegurança em relação aos eventos próximos/presentes. Foram descritos sentimentos de grande sofrimento, angústia, pavor, terror, senso de impotência, estresse, depressão, ansiedade, perturbação pela sensação de alerta constante e ocorrência de licenças psiquiátricas. Em acréscimo foi apontado que, mesmo dispondo de larga experiência no manejo psicológico de óbitos e luto em ambiente hospitalar, esta experiência não foi suficiente para evitar a sensação de pânico e insegurança. Os sentimentos negativos relatados encontram equivalência com os resultados encontrados nos estudos recentes sobre a saúde mental dos psicólogos da saúde que atuaram na pandemia (Bezerra & Ferreira, 2024; Caurin et al., 2021; Correia & Seidl, 2024; Lemos & Wiese, 2023; Lima et al., 2024; Londro & Rigoni, 2024; Mayra et al., 2024; Oliveira et al., 2023; Sales et al., 2023; Silva et al., 2023; Teixeira et al., 2020).

Destacamos a colocação significativa de que mesmo respaldada por substancial vivência e experimentação em eventos de enlutamentos e mortes, ainda assim não garantiu ao psicólogo a preservação dos impactos decorrentes da atuação pandêmica.

Somatizações percebidas por psicólogos/as durante a pandemia

As repercussões fisiológicas foram apresentadas nesta categoria mediante as reações corpóreas ao enfrentamento direto da pandemia no desempenho da prática psicológica, na relação direta com pacientes, familiares de pacientes e riscos potenciais de infecção. A pandemia por

covid-19 teve sua duração delongada, bem como seus impactos, então estes adoecimentos podem ter sido provocados por incidências negativas circunstanciais e/ou derivados do impacto da exposição sistemática e prolongada aos efeitos prejudiciais da pandemia.

Dentre os agravos identificados estão o cansaço excessivo, dores musculares, alopecia por estresse, gastrite, esofagite e cervicalgia. Também foi descrito o ganho de peso decorrente de ansiedade.

Sentimentos aversivos em relação ao ser psicólogo

A significação dada à própria profissão e às associações advindas da atuação na psicologia em contexto pandêmico estão expostas nesta categoria. É admitido pelos profissionais que o exercer profissional assumiu aspectos negativos durante a pandemia influenciando na qualificação atribuída à sua atividade. São descritos sentimentos de medo de contaminação durante os plantões realizados e a atribuição de ser “assustador” estar como psicólogo no hospital no transcorrer da pandemia. Os participantes acrescentaram que identificaram sentimentos de resistência a serem psicólogos naquela função de enfrentamento pandêmico e a estarem naquele ambiente hospitalar. Estes sentimentos apontados não foram inquiridos acerca da duração e estabilidade ao longo do tempo – , mas sim sua incidência e intensidade. Estes afetos negativos não são mutuamente exclusivos, ou seja, a presença deles não anula a existência de outras emoções distintas. Esta concepção nos permite estabelecer comparações com outras categorias que tratam de questões equivalentes e produção de novas teorizações.

Comportamentos protetivos praticados durante a pandemia

Diante dos impactos negativos, relatados pelos participantes nas categorias anteriores, os participantes desenvolveram estratégias para preservação e promoção da própria saúde mental. Dentre as exercidas estão relacionadas o distanciamento adotado em relação aos familiares,

amigos e grupos sociais, principalmente antes da vacina, sendo que a convivência com estes coletivos era carregada de tensões e medos de serem agentes contaminantes a estes indivíduos que são alvos de cuidados por parte do próprio psicólogo(a). Outras estratégias aplicadas na busca do autocuidado psicológico foram o revezamento entre os psicólogos(as) dos atendimentos realizados no plantão, intensificação de análises/psicoterapia na busca de suporte e a descontinuidade através de períodos de recuperação (atestados, licenças e férias) para dessensibilização e posterior retomada das funções.

Em relação a estratégias preventivas aplicadas não foi encontrada na literatura dados específicos em relação aos psicólogos da saúde brasileiros, mas há produções acerca destes comportamentos nos profissionais de saúde em geral. Os comportamentos protetivos encontrados na literatura foram: reavaliação positiva, a resolução de problemas, busca de apoio social, recusa (distanciamento cognitivo e emocional), conversão (ressignificação e adaptação), distração e controle (autocontrole) (Ribeiro et al., 2021; de Rezende & Pereira, 2023).

Percepção de aspectos pessoais positivos identificados durante a pandemia

Perspectivas positivas identificadas por meio da autopercepção são descritas nesta categoria. Os participantes apontaram sentidos favoráveis emergidos durante sua prática profissional intrapandêmica. Estes atributos construtivos são demonstrados através de autorreconhecimento como aguerrido(a), corajoso(a), desmistificação de si como “medroso(a)”, e fortalecimento da fé como fator pessoal relevante. Em questões comportamentais temos o desenvolvimento da busca ativa por informações e atualizações pertinentes aos atendimentos assumidos através da interação mais próxima com equipe médica e equipe multidisciplinar. Ainda foi apontado o estabelecimento de relacionamentos compreendidos como consolidados e duradouros.

Pessoa pós pandêmico: categorias

Na Tabela 11 disposta a seguir estão relacionadas as categorias obtidas considerando o elemento Pessoas no período pós pandemia. Foram identificadas quatro categorias: Heranças psicossomáticas e adoecimentos decorrentes da pandemia; Percepção de aprendizados: cuidando mais da saúde mental; Percepção de aprendizados: cuidando mais da saúde física e Isolamento como recurso pessoal.

Tabela 11

Pessoa – Período Pós pandemia

Unidades de Registro	Codificação Inicial	Codificação Focal	Conceituação	Categorias
“Sim, tem. Até porque eu mesmo adquiri uma doença”	Contágio e exposição ao covid-19 trazendo prejuízos	Exposição a infecção gerando impactos negativos, físicos e mentais,	Relatos de prejuízos percebidos após a pandemia	Heranças psicossomáticas e adoecimentos decorrentes da pandemia
“Bastante irritada, com a dificuldade pra tomar decisões simples. Eu senti, assim, esse impacto.”	Irritação e dificuldade de tomar decisões	Isolamento como recurso pessoal		
“Irregularidade do sono, a vigilância constante, hipervigilância, a minha impaciência com negacionistas, eu precisei de alguns momentos de isolamento pra lidar com a dor da perda, pra lidar com a intensidade das perdas.”	Prejuízos na qualidade do sono, hipervigilância			
“Irregularidade do sono, a vigilância constante, hipervigilância, a minha impaciência com negacionistas, eu precisei de alguns momentos de isolamento pra lidar com a dor da perda, pra lidar com a intensidade das perdas.”	Isolamento como forma de lidar com perdas			
“Esse cuidado de saber que o nível de ansiedade atrapalha muito. Tinha ciência antes, mas acho que um pico de ansiedade chegou ao extremo no covid.”	Níveis de ansiedade atípicos	Nova compreensão das características da ansiedade	Compreensões referentes à saúde mental e eventos psicológicos pós pandemia	Percepção de aprendizados: cuidando mais da saúde mental
“Conhecimento melhor sobre a importância de fazer uma psicoterapia, a importância de você lidar com determinados comportamentos.”	Aprendendo a cuidar mais da saúde mental	Maior cuidado com a saúde mental e valorização da psicoterapia		
“Conhecimento melhor sobre a importância de fazer uma psicoterapia, a importância de você lidar com determinados comportamentos.”	Novo olhar para com a ansiedade			
“Eu acho que a gente aprendeu a cuidar mais dessa questão da saúde, não só física, mas a mental.”	Importância da psicoterapia			
“Busquei cuidar mais da minha saúde física. Da mental também eu cuido, mas é menos.”	Respeito aos limites físicos	Cuidando melhor da saúde física e praticando exercícios físicos	Descrição de autocuidados envolvendo aspectos da saúde físicos pós pandêmicos	Percepção de aprendizados: cuidando mais da saúde física
“Diminuir mesmo a carga das coisas e buscar ter mais horas de lazer, mais horas de tranquilidade, de descanso, respeitar quando eu estou cansada. Não me sobrecarregar igual antes.”	Maior cuidado com a saúde física	Equilibrando carga de trabalho e descanso, respeitando limites pessoais e evitando sobrecargas		
“Diminuir mesmo a carga das coisas e buscar ter mais horas de lazer, mais horas de tranquilidade, de descanso, respeitar quando eu estou cansada. Não me sobrecarregar igual antes.”	Diminuindo a carga e buscando mais horas de descanso			

<p>“Cuidar da saúde mesmo, saúde física, bem melhor, procurar fazer exercício, uma coisa que eu não fazia, agora eu faço também.”</p>	<p>Evitando sobrecargas Passando a fazer exercícios físicos</p>			
<p>“E passou a ser um comportamento que, quando eu tô muito estressada, eu me isolo. Muito mais pra curar as feridas, pra ajeitar o pensamento.”</p>	<p>Isolando para lidar com estresse e organizar pensamentos</p>	<p>Isolando e restringindo relacionamentos, sociais e familiares, como recurso para lidar com estresse e organização dos pensamentos</p>	<p>Descrição do isolamento social e sua funcionalidade</p>	<p>Isolamento como recurso pessoal</p>
<p>“Com relação às questões das interações sociais, hoje no meu ambiente de casa, o ambiente mesmo familiar, se tornou mais restrito.”</p>	<p>Restringindo as interações sociais mesmo em ambiente familiar</p>	<p>Preferindo ficar só e evitando lugares com muita gente</p>		
<p>“Que eu prefiro ficar mais só, eu não gosto mais de lugar com muita gente.”</p>	<p>Mais reservada e menos interesse em sair</p>			
<p>“Eu comecei a gostar de ficar mais reservada, menos interesse de sair.”</p>				

Heranças psicossomáticas e adoecimentos decorrentes da pandemia

As repercussões adversas como legados da pandemia e absorvidas pelos participantes são relatadas nesta categoria. Esclarecemos que as afirmações acerca dos acometimentos são baseadas nas suas percepções, mesmo sem as devidas confirmações diagnósticas, é pertinente a análise dos prejuízos compreendidos pelos participantes como adquiridos mediante a atuação profissional na pandemia. Entre as sequelas relatadas acerca da saúde física foi mencionado um comprometimento cardíaco que foi diretamente atribuído à exposição e infecção por covid. Nos aspectos psicoemocionais foram relatadas irritabilidade, dificuldade na tomada de decisões simples, irregularidade do sono, hipervigilância, impaciência e a prática do isolamento como forma de elaboração de estados emocionais.

Percepção de aprendizados em âmbito pessoal: cuidando mais da saúde mental

Esta categoria revela entendimentos assimilados e originados da experiência empírica pandêmica e que os participantes afirmam ter sido interiorizado por eles. Maior compreensão acerca da ansiedade e seus níveis foi apontada como aprendizado importante e que foi obtido pelos limites extremos atingidos na pandemia. A valorização da psicoterapia como benéfica para a administração de comportamentos específicos também foi destacada, bem como um maior cuidado com a saúde mental.

Percepção de aprendizados: cuidando mais da saúde física

Nesta categoria foram descritas as percepções de evolução implementada no cuidado com a saúde física dos psicólogos. Estes cuidados são expressos no entendimento da necessidade de ampliação da atenção à saúde física, diminuição de carga de trabalho e preservação dos limites

pessoais, busca de valorização, promoção de períodos de lazer e descanso bem como a prática regular de exercícios físicos.

Isolamento como recurso pessoal.

O distanciamento e isolamento foram citações recorrentes em variadas categorias presentes neste estudo, sempre vinculada à perspectiva de autopreservação e resguardo de outros. Nesta categoria é retomada, e certificada, a instrumentalização do isolamento com finalidades específicas. Dentre estas finalidades estão o isolamento como forma de organizar pensamentos e para controle e gestão do estresse visando a auto regulação emocional. Também foram descritas aumento de restrições voluntárias nas interações sociais, e até mesmo no ambiente familiar. Os participantes também relataram preferência por estar só, desconforto em ambientes com grupos maiores e menor interesse em atividades de lazer ou socializações externas. Estas foram as categorias obtidas após análise e refinamento teórico dos dados coletados. Em sequência apresentamos as considerações e aproximações refletidas a partir da transversalidade entre as categorias e apontamentos teóricos possíveis.

Capítulo 6

Aproximações Teóricas e Considerações Finais

A excepcionalidade pandêmica impôs circunstâncias que, por ser uma realidade nunca vivenciada, apresentou uma complexidade que exigiu um exercer e fazer da psicologia sem a estabilidade de experiências empíricas anteriores, sem a existência de material técnico-científico temático inicial, sem fundamentos na formação acadêmica prévia ou a disponibilidade de acionar pares profissionais que pudessem ter a experiência anterior para referência e compartilhamento.

Estas condições adversas exigiram uma reformulação e execução de práticas psicológicas ajustadas para fazer frente às emergências hospitalares, sendo que este enfrentamento ainda precisava responder a adequações sanitárias compulsórias e ser desempenhado em meio a incidentes exacerbados, a exemplo da quantidade de óbitos e outros eventos. Então, responsabilidades atípicas precisaram ser respondidas, pacientes e familiares necessitaram de assistência psicológica, exigindo assim a construção e efetivação de um repertório comportamental laboral que atendesse a uma demanda agressiva, crescente e sem uma perspectiva de arrefecimento.

As práticas e adaptações que o profissional de psicologia precisou exercer durante, e posteriormente à pandemia, exigiam uma responsabilidade profissional dada a importância da atuação psicológica neste momento histórico, ao mesmo tempo que eram desafiados a reagir a um imediatismo e complexidade de um momento excepcional, de vulnerabilidade e de insegurança.

No que se refere aos participantes, eram todos psicólogos, concursados, atuando em hospitais estaduais integrantes do Sistema Único de Saúde, localizados em um estado brasileiro. Importante referência deve ser feita em relação ao SUS, um sistema que fez frente à pandemia de forma ampla e ofertando à população em todo o território nacional uma multiplicidade de especialidades médicas, assistência social e psicológica, tecnologias e medicamentos de

expediente ininterrupto durante a pandemia. O SUS deu condições práticas e humanas para que a população pudesse ser alvo de todas as colocações positivas presentes neste estudo. Consideração importante a ser registrada é a de que o grupo de psicólogos existente antes da pandemia era composto, quase que exclusivamente, de concursados, configuração que mudou na vigência da pandemia quando os profissionais de psicologia atuantes nos hospitais, em sua maioria, tinham contratos temporários. Este cenário alterou significativamente o contexto de uma condição de maior experiência para uma oferta profissional mais iniciante e até recém-formada.

Indícios de uma expansão e fortalecimento da psicologia como área profissional foram expressos pelos participantes. Este ponto de vista se respaldou em um crescimento progressivo na quantidade de atendimentos direcionados à psicologia, contabilizados durante a pandemia e contínuos após o seu fim, ao lado de uma maior conscientização acerca dos problemas de ordem emocional e a importância de serem abordados por especialistas, seja quanto à promoção de saúde mental, assistência e cuidados quando estes adoecimentos já se encontram instalados.

Sobre o uso de tecnologias como meio de aproximação e aplicação de intervenções psicológicas adaptadas, as concepções foram divergentes. Participantes reconheceram que a mediação tecnológica permitiu que a psicologia pudesse atuar e assistir a população, o que não seria possível sem o uso da tecnologia, dadas as limitações sanitárias impostas ao sistema de saúde e aos profissionais atuantes. Em contraponto foi exposto que o uso das tecnologias limitou, ou impediu, uma expansão da psicologia durante a pandemia, caracterizando o uso como recurso de esquiva. Esta divergência pode ser observada no que se refere à capacitação prévia dos psicólogos para utilização dos aparelhos e *softwares* disponíveis para as ações, sendo que a aversão ou concepção negativa não se refere especificamente à tecnologia como possibilidade de mediação psicólogo-paciente-família-equipe multi, mas sim à aversão é resultante do desconforto de não ser habilitado para a ação. Assim, não se questiona o benefício da tecnologia como

recurso em determinados contextos, nem a possibilidade de generalização para outras circunstâncias para sua empregabilidade, mas sim é importante considerar capacitações e treinamentos direcionados aos psicólogos para promover aptidão para acesso e aplicação destes recursos.

Sobre a integração e desempenho de atividades em equipe, apesar de ser concebido como um legado positivo da pandemia, em todos os sistemas (micro-meso-exo) a interdisciplinaridade e senso de vínculo apareceram como comprometidos. Em análise, avanços foram alcançados, mas a insatisfação é tão significativa por parte dos profissionais que uma evolução não é suficiente para gerar uma perspectiva positiva sobre este elemento. Aspectos positivos foram relatados, como a aproximação com outras especialidades e a inclusão dos psicólogos na equipe de visitas aos leitos. Entre os negativos tivemos a individualização de ações, e a falta de momento em comum de convivência presencial como forma de superação dos plantões realizados individualmente, para planejamento e alinhamento das ações.

Acerca dos apoios institucionais tivemos uma unanimidade: os psicólogos experimentaram fortes sentimentos de desamparo e ausência de suporte por parte dos conselhos regional e federal e de forma semelhante dos governos estaduais e federal. Destacamos aqui a percepção absoluta e intensamente negativa em relação ao governo federal com caracterizações como procrastinação na oferta de informações, insuficiência de equipamentos de proteção, deficiência de treinamentos e capacitações, além da falta de credibilidade em relação às orientações que geraram a intensificação de sentimento de insegurança e medo de infecções. Em relação aos conselhos profissionais, o referido foi a insuficiência de orientações e informações específicas para a psicologia, tendo os profissionais grande expectativa acerca disto. Consideração justa a ser feita é a de que os psicólogos que apresentaram maior disponibilidade e proatividade em âmbito pessoal informaram ter conseguido acesso a material disponibilizado.

Destacamos com base em uma percepção sustentada nos dados, a falta de cooperação e interação qualificada percebida em todos os sistemas do contexto: meso (equipes multi), exo (governos estaduais e federais, conselhos regionais e federal de psicologia) e micro (setor de psicologia local).

Acerca dos recursos acessados, de forma maciça, as fontes online foram as mais citadas. Outras foram citadas como a busca por supervisão e orientação com psicólogos mais experientes. No que tange às adaptações, este estudo identificou que estas modificações necessárias foram desenvolvidas na ausência de conhecimentos prévios (formação acadêmica), sendo que na vigência da pandemia as adaptações foram aprofundadas pela aprendizagem empírica no fazer-ação e sem treinamentos e suporte das gestões.

Considerando os desafios enfrentados pela psicologia para seu desempenho durante a pandemia, destacamos a dificuldade de comunicação com os pacientes ocasionada pelo uso, por ambos psicólogo e paciente, de equipamentos de segurança, máscara N95, protetor facial (*faceshield*). Estas obrigações sanitárias causaram inconvenientes e impedimentos, tais como complicações para compreensão da fala do paciente e de ser compreendido por ele, complexidade na comunicação sem a percepção das feições e micro reações dos pacientes, bem como a preservação da ética em meio a ambientes de acolhimento grupais e sem aproximação do leito. Então, temos a distância, barreiras faciais e sonoras a voz e feições enquanto o psicólogo exerce sua prática essencialmente baseada na comunicação. Reforçamos aqui a validade de estabelecimentos de conteúdos que sejam ministrados em formações e capacitações, bem como acrescidas nas grades curricular dos cursos de graduação em psicologia acerca da adaptação, novos recursos, gestão de ambiência que sustentem uma prática psicológica adaptada e, ao mesmo tempo, garantindo a competência e rigor ético.

A tanatologia foi tema de alta relevância apontada pelos psicólogos, tendo em vista a quantidade de óbitos, complexidades no acolhimento de familiares e acompanhantes dos pacientes falecidos, complicações no acompanhamento do enlutamento pelos aspectos e particularidades da pandemia. A falta de conhecimento prévio foi citada como dificultante. Esta responsabilidade específica de acolhimento de enlutados se estenderá a períodos não determinados, ainda mais ao considerarmos que muitos lutos são de caracterização crônica, complicados e de outras naturezas incomuns. Assim, sobre a formação acadêmica em psicologia, foi conceituado que a formação foi insuficiente, denominada como básica, para gerar capacidade de resposta frente à pandemia, que esta capacidade foi sendo construída por meio da aprendizagem empírica na diáde teoria-prática.

As práticas inaugurais foram características especificamente singular neste estudo. Dentre estas ações iniciadas durante a pandemia está a responsabilização da psicologia sobre a condução do processo do reconhecimento de corpos no ambiente hospitalar. Este procedimento era executado pelo psicólogo que orientava um familiar no processo de paramentação e acerca dos cuidados preventivos e profiláticos dentro do necrotério. Acompanhava este representante familiar durante toda a visita e testemunhava o reconhecimento do corpo e conduzia este representante até ambiente comum do hospital, sendo que após as orientações na desparamentação o psicólogo realizava nova intervenção e acompanhava conforme o resultado do impacto do evento no representante. Outra prática inaugural executada pelo psicólogo foi a de compartilhamento da responsabilidade de comunicação diária de boletins médicos aos familiares. Importante a ressalva de que nenhuma das práticas aqui citadas são fundamentadas na existência de normativas oficiais que atribuíssem ao psicólogo estas responsabilidades, estas práticas foram estabelecidas por convenção. Nos levantamentos bibliográficos realizados nas etapas finais deste estudo não foi identificada esta prática por parte dos psicólogos em nenhum estudo nacional.

No aspecto de sofrimentos experimentados na vivência da pandemia, por meio de relatos contundentes, foram descritos um conjunto de adoecimentos que incluiam sofrimento generalizado, medos (variados e multidirecionados), *burnout*, períodos de grande tensão, ansiedade e insegurança. Considerando as somatizações e comprometimentos físicos, além de licenças psiquiátricas, foram relatados cansaço excessivo, dores musculares, alopecia por estresse, gastrite, esofagite e cervicalgia. Também foi descrito o ganho de peso decorrente de ansiedade. Sobre recursos para lidar com estes impactos foram descritos o requerimento de férias que estivessem disponíveis, atestados médicos justificados, licença psiquiátrica e aumento do acesso à psicoterapia.

Dentre os fatores negativos que comprometeram a atuação dos psicólogos, temos a questão politicizada do auxílio financeiro que foi concedido a um grupo de especialidades profissionais mas não incluiu a psicologia, mesmo a psicologia estando submetida ao mesmo conjunto de vulnerabilidades e riscos que as especialidades contempladas. Os psicólogos relataram ações variadas, procedimentos e atividades intra-hospitalares que não foram exercidas e/ou assumidas pelos participantes em forma de protesto ou de forma opcional por se sentirem injustiçados e desvalorizados ou por não se sentirem obrigados a exercer práticas que oferecessem risco pelo fato de não receberem por isso.

Teorizando: uma psicologia da saúde pós pandemia

No período da pandemia por covid-19 a psicologia da saúde foi considerada como campo teórico/científico/técnico e instrumentalizada diariamente dentro das unidades de saúde brasileiras. Este período de severa alteração de ambientes, relações, técnicas, quantidade de óbitos ineditamente intensificada e inaugurações de comportamentos compulsórios incomuns e

incômodos, experimentações de sensações negativas e positivas em alternância conduziram a psicologia da saúde, e os psicólogos que a representam, a uma experiência sem precedentes.

Como uma ciência da área de humanas no campo da saúde, o compromisso com a sociedade e as ameaças que sistematicamente se apresentaram, exige mudanças e atualizações que visem a garantia e manutenção da aptidão, qualidade e rigor teórico/técnico do que é disponibilizado à população, aos profissionais e aos currículos acadêmicos da formação em psicologia. A apropriação das adaptações pela psicologia da saúde – estimuladas pelas demandas, revisão de condutas, de protocolos e as respostas proporcionadas às urgências –, indicaram à psicologia da saúde possibilidades de novas perspectivas teóricas e desenvolvimento de posicionamentos mais abrangentes e resolutivos que levassem a uma transição e a modificações responsáveis que respondam ao compromisso histórico que a psicologia da saúde perpetua com a sociedade.

Exemplificamos, utilizando fenômenos efetivamente ocorridos: como manejar o enlutamento de familiares que perderam os seus entes queridos sem utilizarem os rituais clássicos de velório e sepultamento? Como lidar com óbitos coincidentes que ocorreram no hospital formando filas de espera de familiares na porta da sala da psicologia? Como conciliar medos, angústias e inseguranças que são partilhados entre o psicólogo e o paciente, colocando-os no mesmo nível de vulnerabilidade? Como compensar conhecimentos inexistentes previamente, de forma acelerada e imediata, para responder a uma demanda inédita? Situações tão impactantes e exigentes quanto estas poderiam ser facilmente relacionadas pelos psicólogos que atuaram nos hospitais no enfrentamento da covid-19.

Esta circunstância incomum que exigiu posturas e ações inéditas dos psicólogos que atuaram em hospitais exigiu, igualmente, do campo da psicologia da saúde. A psicologia da

saúde vivenciou o que os psicólogos vivenciaram, as adaptações e atualização do repertório comportamental laboral desses profissionais reflete diretamente nos conceitos e princípios da psicologia da saúde. Os psicólogos nunca mais serão os mesmos, a psicologia da saúde também não.

Que esta renovação e amadurecimento que desafiou a psicologia da saúde a experimentar as mudanças que implementou seja orientada pelo conhecimento produzido no coletivo adequado, que sejam cientificamente respaldados e exercidos de forma responsável e comprometidos com a qualidade de vida da população e o bem comum. Este estudo oferta sua contribuição na constituição deste novo referencial.

Delineando uma proposta teórica temos a conceituação de uma composição que vai além de uma aproximação teórica entre as psicologias das emergências e desastres e a psicologia da saúde. Compreendemos que há convergências de concepções, pressupostos e interseções práticas que reivindicam a estruturação de um arcabouço teórico que oriente a instrumentalização de técnicas que são transversais e partilhadas por ambos os campos de conhecimento.

A concepção desta proposta teórica, que se apoia em uma teoria substantiva, segue princípios da TFDC e parte de uma explicação elaborada e sustentada em dados empíricos e emergentes analisados a partir de indivíduos em um campo e contexto específico, que foi alvo do estudo. O interesse é compreender as relações, significações, vivências e estratégias específicas elaboradas por este grupo estudado (Goulding, 2002; Charmaz, 2006; Charmaz, 2014).

Relevante ponderação deve ser feita: a psicologia das emergências e desastres foi referida em todos os períodos consideradas na pesquisa, pré, intra e pós pandemia, como recurso prévio importante que deveria ter sido objeto de estudo, citado como recurso teórico buscado durante a pandemia por meio de cursos online. Da mesma forma, foi considerado, não período pós

pandemia, como campo de estudo importante e fundamental que deve ser considerado em sua potencialidade e aplicabilidade.

A importância da inclusão, ou ampliação, de conteúdos da psicologia de emergências e desastres na formação acadêmica do psicólogo foi destacada como algo necessário e como uma lacuna presente no ensino formal atual. Evidentemente a pandemia estabeleceu novos contornos a esta área de conhecimento da psicologia, mas isso não diminui o mérito da questão. Uma recomendação é posta: a revisão e, se necessária, atualização das grades curriculares das graduações em psicologia nas instituições de ensino brasileiras.

Em relatos coletados dos participantes desta pesquisa foram identificadas circunstâncias como o *setting* desconstruído, a perturbação de estar vivendo uma guerra, a incredulidade diante da quantidade de mortos e a sensação de vulnerabilidade enquanto profissional exercendo sua função na mesma condição de risco de seus pacientes.

Paralelos podem ser estabelecidos que justifiquem uma composição comum de fundamentos, por exemplo, as definições de emergências são simétricas: alto risco de propagação, extrapolar a capacidade de resposta, causar significativas perturbações sociais e/ou econômicas; exigir uma rápida ação coordenada, equitativa e reforçada que inclua a todos, governo e população. Na definição de desastres temos a mesma coerência conceitual, sendo a expansão do envolvimento de instituições e grupos sociais no acolhimento e assistência a circunstâncias imediatas, que devem ser ofertadas e garantidas de forma ágil, se comparada à situação de normalidade.

Outras confluências teóricas e de princípios podem ser elencadas, como a responsabilização pela condução de contextos significativamente ameaçadores e traumáticos, por meio de intervenções, de forma breve e imediata, empregando métodos que a psicologia disponibiliza, estar na mesma condição de vulnerabilidade do paciente que atende, desempenhar

sua função garantindo a ética e a aplicabilidade técnica mesmo em um *setting* terapêutico totalmente desconstruído.

Em suma, a psicologia da saúde quando exercida em instituições hospitalares em períodos de ocorrência pandêmica se equipara à psicologia das emergências e desastres, em sua responsabilidade e gestão sobre ações de prevenção, assistenciais e de acolhimento em fase pós-evento às vítimas, familiares e profissionais impactados. Reconhecemos, no entanto, as limitações deste estudo, realizado em um único estado do país, o que não permite a generalização dos resultados, dadas as diferenças governamentais, populacionais e culturais que caracterizam os territórios brasileiros.

Concluímos com a proposição de uma estruturação que resulte em um arcabouço teórico que seja resultante do conhecimento teórico e prático da psicologia das emergências e desastres, que inclua relatos de experiências, estratégias, protocolos, intervenções, conceituações e compreensões de fenômenos drásticos e seus impactos, e que todo este histórico seja aproximado à psicologia da saúde de forma que possa ser absorvido e adaptado às realidades e particularidades dos ambientes de saúde do SUS. O objetivo é propiciar uma ampliação das competências da psicologia da saúde que resulte em maior aptidão e capacidade de resposta a situações de emergências, desastres e outras circunstâncias de alta complexidade.

Categoría Teórica Central

A proposta de uma teoria substantiva, aqui representada pela categoria teórica central resultante, apresenta uma proposta que explique uma realidade particular construída a partir das experiências de determinados grupos sociais. A análise e refinamentos dos códigos e conceitos que foram emergindo, balizados pela frequência, destaque e intensidade teórica, revelam a categoria central da pesquisa. Esta categoria central representa o conceito organizador mais potente analiticamente, que leve a uma compreensão de uma realidade cotidiana vivida por indivíduos em contexto social específico investigado. A identificação da categoria central é resultante da percepção e sensibilidade teórica do pesquisador, sendo que configura e exemplifica processos cognitivos e comportamentais de determinado grupo social, em contexto específico e exercido em um período determinado (Locke, 2001; Goulding, 2002; Charmaz, 2009; Tarozzi, 2011).

Neste nosso estudo, aplicado o devido direcionamento e refinamento teórico proposto pela TFDC, chegamos a categoria teórica central que representa o processo analítico dos dados coletados, a partir dos psicólogos atuantes em unidades hospitalares durante o período pandêmico.

A psicologia da saúde pós pandêmica apresentou expansão em suas práticas, mesmo sem dispor de diretrizes teóricas específicas que pudesse ser acessadas, compreendendo que este enfrentamento inédito ocasionou a emergência de apontamentos orientativos para desenvolvimentos que a tornarão mais apta para responder a demandas hospitalares em possíveis contextos futuros de desproporcionais, alta intensidade, alteração de ambiência para atendimentos tipificados como

distintos e singulares, sendo que a psicologia das emergências e desastres foi identificada pelos psicólogos como campo teórico/prático equipado com métodos e procedimentos relevantes ao serviço hospitalar em condição pandêmica.

Referências

Affonso, P. H. B., & Bernardo, M. H. (2015). A vivência de profissionais do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde: Uma acolhida desamparada. *Trabalho, Educação E Saúde*, 13, 23–43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ ANVISA Nº 04/2020: Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: ANVISA; Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Almeida, C. S., Silva, S. A. da, Freitas, W. Q. D. P., & Silva, A. M B. da (2024). Enfrentamento do luto pela Teoria Motivacional do Coping: pandemia da Covid-19. *Barbarói*, 64, 73-94. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v1i64.16423>

Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Angelica Costa, A., & Costa, E. (2017). Atualidades sobre psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>

Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

Andery, M. C. R, Bittencourt, S. C. A., Comaru, C. M., Liberato., Maldonado, T. C. P., Moreira, W., & Franco, M. H. P. (2020). A vivência do luto de psicólogos dentro das instituições. *Revista da SBPH*, 23(1), 25-34.

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100004&lng=pt&tln=pt
- Angerami, V. A. (2017). *E a psicologia entrou no hospital*. Ed. Artesã.
- Apramian, T., Cristancho, S., Watling, C., & Lingard, L. (2017). (Re)Grounding grounded theory: A close reading of theory in four schools. *Qualitative Research, 17*(4), 359-376.
<https://doi.org/10.1177/1468794116672914>
- Assis, F. E. de, & Figueiredo, S. E. F. M. R. de (2020). A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. *Psicologia Argumento, 37*(98), 501–512.
<https://doi.org/10.7213/psicolargum.37.98.AO06>
- Ballarin, M. L. G. S., Ferigato, S. H., & Carvalho, F. (2010). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde, 34*(4), 444-50.
- Barbosa, G., Nascimento, A. K. da C., & Pisicchio, R. J. (2023). Saúde mental e Covid-19: Um olhar sobre residentes em saúde. *Revista Psicologia e Saúde, 14*(3), 209–222.
<https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.1574>
- Barreto, M. S., Vivar, C.G., & Marcon, S. S. (2018). Methodological quality of Grounded Theory research with families living with chronic illness. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 8*, 14-22.<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.01.001>
- Barros-Delben, P., Cruz, R. M., Trevisan, K. R. R., Gai, M. J. P., Carvalho, R. V. C., Carlotto, R. A. C., & Malloy-Diniz, L. F. (2020). Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. *Revista Debates em Psiquiatria, 10*, 2-12.
- Benzi M. S., & Parada, A. P. (2024). Caracterización del perfil de los profesionales de la psicología en teleterapia en la pandemia. *Prometeica - Revista de Filosofía Y Ciencias, 30*, 356–370. <https://doi.org/10.34024/prometeica.2024.30.18870>

Bezerra de M., B. A., & Ferreira, C. B. (2024). Vivências e práticas de psicólogos hospitalares durante a pandemia de Covid-19. *Interação em Psicologia*, 28(1).

<https://doi.org/10.5380/riep.v28i1.86079>

Bohlken, J., Shomig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel, H. S. G. (2020). Covid-19 pandemic: Stress experience of healthcare workers – a short current review. *Psychiatric Praxis*, 47(4), 190-197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal: Centro Gráfico.

Brasil. (1990). Lei n. 8080, de 19 de setembro. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Brasília. *Política Nacional de Defesa Civil*. Ministério da Integração Nacional.

Brasil. (2010). Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. *Gestão de riscos e de desastres: Contribuições da Psicologia*. CEPED.

Brasil. (2012). Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. *Política Nacional de Proteção e Defesa Civil*. Conselho Nacional de Proteção Civil. Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil.

Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Artmed Editora.

Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020

- during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei. *Medical Science Monitor*, 26, e924171-1–e924171-16. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Caroline, R. L. (2022). *Atuação em psicologia hospitalar: Uma revisão sistemática da literatura brasileira na área de psicologia e administração*. Tese de Doutorado [Universidade Federal do Paraná. Curitiba. Brasil].
- Cassiani, S. H. B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R. (1996) A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4(3), 75-88. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>
- Caurin, N. B., Santana., A. R., Negreiros, A. B. G. de., Ferreira, M. de S., Pedrosa, V. M. F., Ximenes, J. M., Moura, L. W. F., Rodrigues, J. S., Trajano, J. M. S., & Rocha, A. S. (2021). Impacts of the Covid-19 pandemic on psychology professionals. *Research, Society and Development*, 10(4), e33610414140. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14140>
- Charmaz, K., & Keller, R. (2016). A personal journey with grounded theory methodology. *Forum Qualitative Social Research*, 17 (1). <https://doi.org/10.17169/fqs-17.1.2541>
- Charmaz, K. A., (2014). *Construtivism Grounded Theory*. Sage Publications Ltd.
- Charmaz, K. A. (2009). *Construção da teoria fundamentada: guia prático para análise quantitativa*. Artmed.
- Charmaz, K. A., & Robert, T. (2021). The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology*, 18 (3), 305-327. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
- Cleto, L. B. N., & Oliveira, G. R. (2022). Os efeitos da pandemia do COVID-19 nas práticas dos profissionais da Psicologia no Brasil. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, 13(2), 65-72.
- Cogo, A. S., César, A.V.L., Prizanteli, C.C., Jabur, E., Hispagnol, I.G.R., Franco, M.H.P., Rodriguez, M.I.F., & Torolho, P.R.D.(2015) A psicologia diante de emergências e desastres.

In M. H. P. Franco (Ed.), *A intervenção psicológica em emergências: Fundamentos para a prática* (pp. 17- 60). Summus.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2007). Resolução CFP n.º 013/2007. *Institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro.* CFP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2011). *II Seminário Nacional da Psicologia em Emergências e Desastres. Relatório Final.* CFP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2016). Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres. *Nota Técnica sobre Atuação da Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, Relacionadas com a Política de Proteção e Defesa Civil.* <http://www.crpssp.org.br/emergencias/pdf/Nota-Tecnica-Psicologia-Gestao-deRiscos.pdf>. CFP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2019). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. *Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas.* 1. ed. p.128.

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2020). Resolução do exercício profissional nº4, de 26 de março de 2020. *Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.* CFP.

Correia, H. M., & Seidl, E. M. F. (2024). Psicologia da saúde: fatores de risco emergentes na sindemia da COVID-19 e possíveis complexidades associadas. *Contribuciones a las Ciencias Sociales.* 17(10), e11547. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-174>

Costa, F. G., Junior, E. de P. M., Melo, A. W. de, Castro, G. M. M. de, & Lima, D. K. de A. (2022). A psicologia hospitalar no contexto dos cuidados paliativos frente a COVID-19: um estudo das representações sociais. *Brazilian Journal of Development,* 8(8), 57907–57924. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n8-199>

Dantas, C. C., Leite, J. L., Lima, S. B. B., & Stipp, M. A. C. (2009). Grounded theory - conceptual and operational aspects: A method possible to be applied in nursing research.

Revista Latino Americana de Enfermagem, 17(4), 573-579. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000400021>

Danzmann, P. S., da Silva, A. C. P., & Guazina, F. M. N. (2020). Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia / Psychologist performance in the mental health of the population in the face of the pandemic. *Journal of Nursing and Health*, 10(4). <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18945>

Davi, R. S., Montanar, E. F., Domingues, A. R., & Araújo, V. M. (2016). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: relatos distantes do SUS. *Actualidades em Psicología*, 30 (120), 71-83. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>

de Rezende, A. A. F., & Pereira, A. C. (2023). Estratégias de coping de profissionais da saúde de Piracicaba durante a COVID-19. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 12, e5214. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2023.e5214>

Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, 1583–1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>

Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F., & Drago, L. C. (2013). A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (n. especial), 131-139. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>

Erikson, K. T. (1976). Loss of communality at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatric*, 133, 302-305. <https://doi.org/10.1176/ajp.133.3.302>

Evans, G. L. (2013). A novice researcher's first walk through the maze of grounded theory: rationalization for classical grounded theory, grounded theory. *Grounded Theory Review*, 12(1). <https://www.islandscholar.ca/islandora/object/ir:7160>

Ferreira, N. J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>

Franco, M. H. P. (2005). Atendimentos psicológicos para emergência de aviação: a teoria revista na prática. *Revista Estudos de Psicologia*, 10(2), 177-180.

Franco, M. H. P. (2012). Crises e desastres: a resposta psicológica diante do luto. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 54-59.

Franco, L. J. L., Corsino, D. L. M., Cordeiro, S. N. (2023). Efeitos do desamparo psíquico em profissionais da saúde no atendimento de pacientes com COVID-19. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(2), 17-30 <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.v25.484>

Fundação Oswaldo Cruz. (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID*. Ministério da Saúde. <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-COVID-19>

Gibello, J., & Netto, M. V. R. F. (2017). Cuidados paliativos e atuação do psicólogo hospitalar. In A. M. Kernkraut, A. L. M. Silva & J. Gibello (Orgs.), *O psicólogo no hospital: Da prática assistencial à gestão de serviço* (pp.77-92). Blucher.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldene de Gruyter.

Gomes, I. M., Hermann, A. P., Wolff, L. D. G., Peres, A. M., & Lacerda, M. R. (2015). Grounded theory in nursing: An integrative review. *Revista de Enfermagem da UFPE On Line*, 9 (1), 466-474. <https://doi.org/10.5205/reuol.5221-43270-1-RV.0901supl201527>

Gomes, L., & Lee, H. (2024). Suporte ao luto por Covid-19 no contexto hospitalar público brasileiro: uma revisão sistemática. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 27, e004. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.524>

Goulding, C. (2002). *Grounded Theory: a practical guide for management, business and market researchers*. Sage Publications.

Goulding, C. (2017). Navigating the complexities of Grounded Theory research in advertising. *Journal Advertising*, 46 (1), 61-70. <https://doi.org/10.1080/00913367.2017.1281775>

Guimarães, A. V., Carvalho, L. M. O., Lelis, L. A., & Jaime, A. F. de C. C. (2021). A atuação do psicólogo e os cuidados paliativos em um hospital de referência ao combate à COVID-19 no Distrito Federal. *Health Residencies Journal*, 2(11), 96–105. <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i11.151>

Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396 (10255), 874, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias*. IASC.

International Labour Organization. (2019). *Violence and Harassment Convention*. C190. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD_E:C190.2019

International Work Group on Death, Dying and Bereavement. (2002). Assumptions and principles about psychosocial aspects of disasters! *Death Studies*, 26(6), 449-462.

Kenny, M., & Fourie, R. (2015). Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: Methodological and philosophical conflicts. *The Qualitative Report*. 20(8), 1270-1289. <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss8/9>

- Klimkiewicz, A., Schmalenberg, A., Klimkiewicz, J., Jasińska, A., Jasionowska, J., Machura, W., & Wojnar, M. (2021). COVID-19 pandemic influence on healthcare professionals. *Journal of Clinical Medicine*, 19(10), 1280. <https://doi.org/10.3390/jcm10061280>
- Kraemer, B., Wittmann, L., Jenewein, J., & Schnyder, U. (2009). 2004 Tsunami: Long-term psychological consequences for Swiss tourists in the area at the time of the disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(5), 420-425.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Lui, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-88. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lara, L. P. de, & Kurogi, L. T. (2022). O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 25(1), 3–16. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.25.24>
- Leite, F. (2015). Raciocínio e procedimentos da *Grounded Theory* Construtivista. *Revista Epistemologia da Comunicação*, 3(6), 77-85. <http://revistas.unisinos.br/index.php/questoes/article/view/11310/PDF>
- Lemos, G. X. de., & Wiese, I. R. B. (2023). Saúde mental e atuação de psicólogos hospitalares brasileiros na pandemia da Covid-19. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, e250675. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250675>
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y. ... Xiang, N. 2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine*, 382 (13). <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

Lima, K. M. S., Marques, D. F., Lima, A. G. A., Pinheiro, I. M., & Ximenes, L. A. (2024). O impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Observatório de la Economia Latino-americana*, 22(3), e3838. <https://doi.org/10.55905/oelv22n3-163>

Liu, C. , Yang Y. Z., Zhang, X. M., Xu, X., Dou, Q. L., Zhang, W. W., & Cheng, A. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 20(148), e98. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001107>

Locke, K. (2001). *Grounded theory in management research*. Sage Publications.

Lonero, F., & Rigoni de Faria, E. (2024). Impacto psicológico e estratégias de enfrentamento adotadas por profissionais de saúde mental em um Hospital Público de Referência durante a Pandemia por COVID-19. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, 4(Supl. 2), 23. <https://revista.ghc.com.br/index.php/cadernosdeensinoepesquisa/article/view/420>

Magalhães, S. S., Toralles, M. B. P., & Jarero, I. (2022). O protocolo ASSYST-RG reduz estresse em profissionais da saúde na pandemia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 21(3), 637–643. <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i3.52004>

Marques, V. E. Q., Alexandre, T. B., Branco, C. C. C., Bezerra, M. de H. O., Vasconcelos, F. J. M., Vidal, A. A., & Carneiro, S. N. V. (2022). Percepções da psicologia hospitalar diante à pandemia da COVID-19: considerações sobre o impacto social e a atuação na rede de saúde: Perceptions of hospital psychology in the face of the COVID-19 pandemic: considerations about the social impact and the performance in the health network. *Brazilian Journal of Development*, 8(10), 66587–66608. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-118>

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.

- Silva, M. A., Lucena, B. de L., Souza, B. A. T., Silva, B. S., Malvino, D. B. L., Alves Junior, I. J. de M. L., Costa, L. E. S., Oliveira, R. B. M. S. de, & Mendes, M. T. G. (2024). Ansiedade em profissionais da saúde durante a pandemia da covid-19: Uma revisão integrativa. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação em Saúde*, 5 (1), 25-33. <https://doi.org/10.51909/recis.v5i1.284>
- Melo, C. A., & Santos, F. A. (2011). As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. *Psicólogo Informação*, 15(15), 169-181.
- Mello, R. A de, & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: entre a atuação e a formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e186511, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003186511>
- Metelski, F. K., Santos, J. L. G., Peiter, C. C., Fabrizzio, G. C., Schmitt, M. D., & Heilemann, M. (2021). Teoria Fundamentada Construtivista: características e aspectos operacionais para a pesquisa em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03776. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776>
- Minayo, M. C. (2014). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Instituto Sírio Libanês.
- Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. (2007). *Política Nacional de Defesa Civil-PNDC*. Brasília (DF).
- Ministério da Saúde. (1998). Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998: *Diretrizes e Normas para Prevenção e o Controle das Infecções Hospitalares*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Cadernos Humaniza SUS*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo*

norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, <https://bvsms.saude.gov.br>.

Ministério da Saúde. (2012). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto. *Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador(a).* Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.
[<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html).

Ministério da Saúde. (2015). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso* (2^a ed.). Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2019). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Protocolo de tratamento do novo coronavírus.* Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19.* Brasília/DF Versão 1.
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14141243-6-ms-manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

Ministério da Saúde. (2020). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). *Influência da COVID-19 na saúde mental de profissionais de saúde.* Ministério da Saúde.

Molina, R. (2011). A psicologia das emergências e desastres e compromisso social: a experiência latino-americana. *Conselho Federal de Psicologia (Ed.), Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação* (pp. 87-94). Brasília, DF.

Moraes, L. M. C. B., Viana, P. S. F., Santos, L. N. A., & Catunda, M. L. (2021). O trabalho do psicólogo na equipe multidisciplinar dentro do contexto dos cuidados paliativos no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Científica Digital*, 61-72.

<https://doi.org/10.37885/220207710>

Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M., & Castro, M. M. (2012). Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista SBPH*, 15(1), 134-167.

Muniz, T. M., Duarte Neto, N. C., Santos, D. A., Souza, da S. R., Oliveira, M. S de, Alencar, M. E., & Diniz, D. M. (2024). A reinvenção das práticas psicológicas durante a pandemia: Uma revisão de literatura sobre o fazer da psicologia hospitalar e clínica no Brasil em tempos de SARS-CoV-2. *Diversitas Journal*, 9(3). <https://doi.org/10.48017/dj.v9i3.2672>

Muylaert, C. J., Sarubbi Jr., V., Gallo, P. R., Rolim Neto, M. L., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (Esp2), 193-199. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

National Health Commission of China [NHC]. (2020). *Principles of the emergency psychological crisis interventions for the new coronavirus pneumonia*. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>

Neves, A. L. M. das, Ferreira, B. de O., Therense, M., Rotondano, Érica V., Torres, M. de S., Resende, G. C., & Tavares, Énio de S. (2024). Psicologia amazonense no enfrentamento da pandemia: ações de organização, prevenção e resposta. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 26(1), 105–116. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20210011>

Oliveira, R. M., Prates, M. L. S., Prates, E. J. S., Santos, T. C. C., & Reinaldo, A. M. S. (2020). Saúde mental e a COVID-19: intervenções virtuais de educação em saúde para o

enfrentamento da pandemia. *Expressa Extensão*, 26 (1), 675-696,

<https://doi.org/10.15210/ee.v26i1.19686>

Oliveira, T. C. A., Ribeiro, D. I., & Pereira, W. M. P. (2023). A guerra invisível: desafios do enfrentamento a pandemia covid-19. *Interação - Revista de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 25(1), 66–75. <https://doi.org/10.33836/interacao.v25i1.775>

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. (2004). *Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastre*. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. (2010). *Apoyo psicosocial en emergências humanitarias y desastres*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. (2020). *Alerta epidemiológico, complicações e sequelas da COVID-19*. PAHO/WHO.

Organización Panamericana de la Salud [OPAS]. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud.

Paim, J. (2015). *O que é o SUS*. Editora Fiocruz. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

Paranhos, M. E., & Werlang, B. S. G. (2015). Psicologia nas emergências: uma nova prática a ser discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 557-571. <https://doi.org/10.1590/1982-370301202012>

Pattison, N. (2020). End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 102862, 1-3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102862>

- Pereira, C. A. R., Borgato, M. H., Colichi, R. M. B., & Bocchi, S. C. M. (2019). Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1052–1060. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>
- Pereira, E. R., & Maheirie, K. (2022). Práticas grupais: a dialética na formação do comum. In M. I. C. Moreira & S. M. G. Sousa (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: bases epistemológicas, categorias fundamentais e intervenções psicossociais* (pp. 219-244). Editora da PUC Goiás.
- Pereira, E. R., & Sawaia, B. B. (2020). *Práticas grupais: espaço de diálogo e potência*. Pedro & João. <https://www5.pucsp.br/nexin/livros/Ebook-PRATICAS-GRUPAIS.pdf>
- Peres Couto, M., & Brandelli Costa, A. (2023). Psicologia no Sistema Único de Saúde de Porto Alegre: organização do trabalho em contextos de precarização. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 15(44), 90–111. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/77672>
- Prigol, E. L., & Behrens, M. A. (2019). Teoria Fundamentada: metodologia aplicada na pesquisa em educação. *Educação & Realidade*, 44(3), <https://doi.org/10.1590/2175-623684611>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatric*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Quarantelli, E. L. (2000). *Emergencies, disasters and catastrophes are different phenomena: Preliminary paper*. University of Delaware.
- Reis, A. F. (2022). Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de COVID-19. *Revista Katálysis*, 25 (2), 392–403. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82854>

Ribeiro, T. S., Montelo , N. M. S., & Soares, S. C. de L. (2021). Coping strategies in health professionals during the pandemic in a hospital in the legal Amazon. *Research, Society and Development*, 10(13), e381101321030. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21030>

Rieger, K. L. (2019). Discriminating among grounded theory approaches. *Nursing Inquiry*, 26(1), e12261. <https://doi.org/10.1111/nin.12261>

Sa, J. M. L. (2024). Atuação do psicólogo hospitalar na maternidade em equipe multiprofissional. *Revista Cedigma*, 2, (2), 1-13. <https://doi.org/10.5281/zenodo.12552926>

Sales, G. de S., Vasconcelos, E. F. de, Silva, K. T. da, Pereira, K. L., Lucas, L. M. de S., & Ferreira, M. C. P. (2023). Os impactos da pandemia na saúde de profissionais hospitalares. *Revista Psicologia e Saúde*, 15(1), e1512128. <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2128>

Santos, A. L. S. dos, Lopes Júnior, H. M. P., & Nunes, J. F. (2024). Perda e luto na pandemia: impacto psicológico da COVID-19 nas famílias enlutadas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(5), 2175–2186. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.13895>

Santos, J. L., Cunha, K. S., Adamy, E. K., Backes, M. T., Leite, J. L., & Sousa, F. G. (2018). Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03303. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303>

Santos, J. L., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M., Lanzoni, G. M. M., Melo, A. L. S. F., & Leite, J. L. (2016). Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160056. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160056.pdf>

Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., & Kash, B. A (2020). Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic. *Anesthesia & Analgesia*, 9. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866>

Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). *Research, Society and Development*, 9 (7), e652974548 <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>

Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In Angerami-Camon, V. A. (Ed.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 220-222). Pioneira.

Sebastiani, R. W. (2002). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In V. Angerami-Camon (Ed.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 9-30). Pioneira.

Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. (2020). *Integra Saúde Tocantins*. <http://integra.saude.to.gov.br/COVID-19>

Seidl, E. M. F., Duarte, S. C. E. S., Magalhaes, D. B., & Costa, M. V. (2019). Profile and professional practices of health psychologists of the Federal District. *Trends in Psychology*, 27, 249-264. <https://doi.org/10.9788/TP2019.1-18>

Seidl, H., Vieira, S. de P., Fausto, M. C. R., Lima, R. de C. D., & Gagno, J. (2014). Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 38(spe), 94–108. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>

Silva, A. R., Silva, S. F., Leão, D. A. O., Souza, D. C., Stival, M. M., Souza, S. E. S. M. , Ferreira, V. M., Azevedo, S. L., Oliveira, A. S. F. S. R., & Santos, W. S. (2022). Sentimentos

vivenciados pelos profissionais de saúde diante da COVID-19. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*, 11(7), 1-11.

Silva, B. D. M., Martins, J. T., Moreira, A. A. O. (2019). Violência laboral contra a equipe de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2(2), 125-135.
<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/287/104>

Silva, E. L. (2019). Políticas públicas na gestão de risco de desastres: um olhar para além da resposta à emergência no sistema único de saúde. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 15(33), 91-96. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153351681>

Silva, F. A. P., & Barbosa, J. C. (2019). O potencial de um estudo piloto na pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Educação*, 13(3), 1135-1155.

Silva, J. A. G., & Alves, C. A. (2007). Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. In M. V. G. C. Morosini & A. D. A Corbo (Eds.), *Modelos de atenção e a saúde da família* (pp. 27-41). EPSJV/ Fiocruz.

Silva, L.H., & Oliveira, A. A. S. (2015). Contribuições do projeto piloto à coleta de dados em pesquisas na área de educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 10(1), 225–245. <http://dx.doi.org/10.21723/riaee.v10i1.7584>.

Sobral, D. L. S., & Silva, A. F. (2022). O papel da psicologia frente às políticas públicas de saúde. *Revista Contemporânea*, 2(1), 494-508.

Sousa, F. S. P., Lima, L. L., & Jorge, M. S. B. (2016). Sistema Único de Saúde: arcabouço jurídico-legal com ênfase na lei orgânica da saúde. In T.M.M. Moreira (Ed.), *Manual de Saúde Pública* (pp. 53-68). Sanar.

Spoorthy, S. M. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic- a review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>

- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. ArtMed.
- Tarozzi, M. (2011). *O que é a Grounded Theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Vozes.
- Taylor, A. J. (1987). A taxonomy of disasters and their victims. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(5), 536-544.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing. <https://www.cambridgescholars.com/the-psychology-of-pandemics>
- Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espírito-Santo, M. A. (2020). The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Telles, M. L. de F. A., & Pegoraro, R. F. (2024). Atuação em psicologia hospitalar na pandemia da covid-19: revisão integrativa de literatura. *PSI UNISC*, 8(3), 47-79. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v8i3.19620>
- Tie, Y.C., Birks, M., & Francis, K. (2019). Grounded theory research: A design framework for novice researchers. *SAGE Open Medicine*, 7(2), 1-8. <https://doi.org/10.1177/2050312118822927>
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 89–98. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia em serviços de saúde: intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica* [online], 20(1), 171-174. <https://doi.org/10.14417/ap.304>

Tufenkjian, A. P., & Vidotti, J. F. (2021). A vivência da morte no contexto hospitalar por psicólogos durante a pandemia da COVID-19. *Programa de Iniciação Científica – PIC/UNICEUB*. Relatórios de Pesquisa. Editora UNICEUB.

<https://doi.org/10.5102/pic.n0.2021.8875>

United Nations (UN). (2020). COVID-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232>

Vasconcellos, I. R. R. de., Abreu, Â. M. M., & Maia, E. de L. (2012). Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 167–175. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200024>

Velloso, I. S. C., Araújo, M. T., & Alves, M. (2018). Workers at a basic health unit who interface with violence. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 466-471.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>

World Health Organization (WHO). (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-health-considerations.pdf>

World Health Organization (WHO). (2020). What's needed now to protect health workers: WHO COVID-19 briefing. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/10-april-who-briefing-health-workers-covid-19-ppe-training/>

World Health Organization [WHO]. (2020). (*COVID-19 situation reports*.

Wu, A. W., Connors, C., & Everly, G. S. Jr. (2020). COVID-19: Peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. *Annals of Internal Medicine*, 172(12), 822-823. <http://dx.doi.org/10.7326/M20-1236>

Zanqueta, D., Accorsi, L., Soares, M. R., Souza, S., & Vila, E. (2020) Produção de materiais psicoeducativos a gestores da saúde para intervenção na pandemia da Covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*.

<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/431>

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 7, e22. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30089-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30089-4)

Zurba, M. C. (2011). Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*; 23(spe), 5-11.<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400002>

Anexo 1



**Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia - IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG-PsiCC**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Psicologia da Saúde em Atuação Hospitalar: A Prática em Contexto Pandêmico”, de responsabilidade do psicólogo e pesquisador Hugo Marques Correia, sob a orientação da psicóloga e professora Dra. Eliane M. F. Seidl do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Seu objetivo é pesquisar e analisar as práticas e adaptações profissionais que o psicólogo está implementando e executando em unidades hospitalares públicas de saúde do Estado de Tocantins, investigar os fundamentos teóricos e os recursos técnicos/metodológicos utilizados para a adaptação das práticas psicológicas para fazer frente às emergências hospitalares; identificar ocorrência de sintomas e níveis de estresse, com base em respostas dos participantes do estudo; identificar as possíveis heranças desses modos de atuação em um mundo profissional da psicologia pós pandemia.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua cooperação se dará por meio de respostas a partir de roteiro de entrevistas individuais, de forma online, sendo estas entrevistas realizadas em dois momentos específicos e distintos acordados entre o pesquisador e o participante, e por meio de respostas a instrumento específico sobre estresse, bem como também responderá, de forma voluntária, a questionamentos acerca de temas referentes a sua atuação profissional. O tempo estimado para sua participação será de 90 minutos. Também será consultado o registro profissional para coleta de informações administrativas e laborais. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição, sempre preservando o rigor ético e preservação total da identidade do participante.

Sobre os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionado ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador estará atento a qualquer destas reações, porém comunique imediatamente se alguma dessas situações ocorrer. Saiba que o pesquisador é especialista em Psicologia da Saúde, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto. Se o(a) senhor(a) aceitar, contribuirá para o desenvolvimento e construção de uma prática profissional psicológica mais competente, qualificada e enriquecida por meio dos dados, experiências e conhecimentos compartilhados nesta pesquisa, bem como contribuindo com produções científicas e consequente aperfeiçoamento dos serviços prestados à comunidade.

O(a) senhor(a) poderá solicitar uma pausa para descanso, recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento ou mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, bastando para isso informar a desistência. Sua participação é voluntária e sem interesse financeiro, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Hugo Marques Correia (63-98442-5865), disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou através do e-mail hmcpsi@gmail.com.

Inicialmente, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília CEP/CHS – UnB, seguido do Comitê de Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61)31071592 ou pelo e-mail cep_chs@unb.br, localizado em Brasília - DF.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a). Enfatizamos a importância de que o(a) Senhor(a) participante desta pesquisa preserve em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico.

_____, ____ de _____ de _____

Nome do Participante de Pesquisa

Assinatura do Participante de Pesquisa

Telefone

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Hugo Marques Correia
CRP – 23/402

Anexo 2

ENTREVISTA

Pesquisador: Hugo Marques Correia

Orientadora: Dra. Eliane M. F. Seidl

Identificação Geral

Sexo: M () F ()

Idade: _____

Tempo de atuação em hospital (e neste hospital): _____

Possui formação acadêmica além de sua graduação: Sim () Não ()

Se sim, indique: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Qual? (Descreva a área e data de conclusão): _____

Você chegou a ser contaminado pela COVID-19? Antes ou depois de ser vacinado? _____ 2x, depois da vacina _____

Você completou o esquema vacinal dentro do calendário proposto pelo Ministério da Saúde?

() Sim. Quantas doses? () Não

Sobre a prática profissional

Primeiramente, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua atuação profissional antes da pandemia

1. Descreva sua atuação no hospital, antes do surgimento da pandemia (setor/es onde atuava, práticas realizadas, rotinas etc).
2. Em período anterior à pandemia, como você percebia e avaliava a sua capacitação teórica e técnica para responder às demandas direcionadas à área de psicologia?
3. Sobre o período pré-pandemia, gostaria de acrescentar algum tema ou aspecto adicional sobre sua prática profissional em saúde?

Agora, vou fazer algumas perguntas e vamos dialogar sobre o período da pandemia (considere período de alta nas ocorrências de transmissão e mortalidade, onde o seu local de atuação foi mais demandado em atendimentos)

4. Quais as adaptações laborais que você passou a praticar no contexto pandêmico? Quais as adaptações técnicas e sanitárias que você precisou adotar? (Exemplo: vestuário, uso de EPI's específicas, contato com pacientes e população presente no hospital etc).

5. No contexto da pandemia, como você percebe e avalia a sua capacitação teórica e técnica para responder às demandas direcionadas à área de psicologia?
6. Houve necessidade de buscar recursos teóricos/técnicos complementares para sua atuação profissional no contexto da pandemia? Quais? _____
- () Material de sua formação acadêmica () Cursos Online () Produções científicas
() Profissionais mais experientes () Emulação de repertório profissional de colegas psicólogos () Outros: _____
7. Fale mais sobre a atuação do psicólogo da saúde no manejo do COVID-19 com pessoas positivadas e familiares. Você conseguiu “conectar” seu aprendizado com as emergências do cotidiano no hospital?
8. Das novas práticas profissionais decorrentes da pandemia, incluindo sanitárias e procedimentos de atuação em intervenções psicológicas, cite as três mais importantes que acrescentaram positivamente à sua atuação?
9. Considerando o setor de psicologia de sua unidade, como você avalia esta categoria dentro do hospital durante todo o período pandêmico (considerando desde as etapas iniciais), como adequada ou insuficiente? Justifique?
10. Quais foram (são) os principais problemas/dificuldades enfrentados pela psicologia nesse hospital durante o decorrer da COVID-19?
11. Considerando a gestão governamental e administrativa, você se sentiu assistido e orientado para realizar sua função, com segurança para lidar/enfrentar e superar dificuldades?
12. Você percebeu em você mesmo algum sofrimento psíquico, alteração emocional e/ou reação de natureza psicossomática que tenha sido resultante das demandas profissionais decorrentes da pandemia? Se sim, poderia descrever?
13. Levando em consideração sua vida familiar/social, como foi lidar com seus outros relacionamentos externos ao hospital? Com sua família? Sua rotina social ou de lazer?

Neste novo momento da pandemia, esta nova realidade, já com a vacina, redução acentuada do número de casos de internações e de óbitos (a “normalização”)

14. Quais práticas profissionais, das inauguradas durante a pandemia, por necessidade técnica/adaptativa, foram incorporadas pela psicologia ao cotidiano de atendimento hospitalar?

15. Existem práticas que você deseja manter em um cotidiano hospitalar regular, agora que a pandemia não é mais uma realidade? Quais?
16. Considerando o setor de psicologia de sua unidade hospitalar, você entende que a atuação foi alinhada e os saberes adquiridos durante a pandemia foram compartilhados com o restante dos psicólogos? Caso não, quais os fatores para ocorrência desta descontinuidade?
17. Na sua opinião, a psicologia cumpriu seu papel na atenção à saúde da população assistida durante a pandemia? E se tornou mais apta a reagir e atuar em futuras possíveis pandemias?
18. Você percebeu em si comprometimentos, ocorrências psicossomáticas ou emocionais que tenham sido consequência de sua atuação profissional? (sono, humor, irritabilidade, hipervigilância, ensimesmamento, redução intencional das interações sociais etc)
19. Chegamos ao final da entrevista, existe algo relevante acerca do tema abordado que não foi perguntado e você gostaria de acrescentar?