

## ATENDIMENTO PSICOLÓGICO REMOTO ÀS FAMÍLIAS DE PACIENTES COM COVID-19 HOSPITALIZADOS EM UTI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### REMOTE PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENT'S FAMILIES WITH COVID-19 HOSPITALIZED IN THE ICU: AN EXPERIENCE REPORT

Valquíria Molina Siqueira<sup>1</sup>, Thayná Ferreira Rebouças<sup>1</sup>, Samara Oliveira Cassin de Carvalho<sup>1</sup>

#### RESUMO

A pandemia provocada pelo novo coronavírus exigiu que todo o mundo se reorganizasse de modo a tentar conter o avanço da doença, bem como seus impactos. Assim, este artigo apresenta o relato da experiência de três psicólogas durante a especialização em Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com a prestação de atendimento psicológico remoto aos familiares de pacientes internados com suspeita e/ou diagnóstico de contaminação pela COVID-19. Neste cenário, a formação programada foi comprometida, sofrendo alterações significativas, o que exigiu flexibilidade e comprometimento, para atuar como profissionais de saúde na linha de frente de combate à pandemia. O objetivo foi relatar as vivências provenientes dos atendimentos remotos destinados a estes familiares, e descrever as experiências vividas pelas psicólogas durante o início da pandemia. Tal modalidade de atendimento foi proposta como uma alternativa de atuação neste cenário de crise e isolamento social, dada as restrições de visitas ao hospital. Neste contexto, o atendimento online configurou uma prática possível, de amplo alcance e de alta adesão. Tratando-se de um fenômeno recente no ambiente hospitalar, a utilização dessa ferramenta inovadora pode trazer benefícios e vir a ser uma alternativa não só em momentos de crise. Profissionais de saúde, pacientes e familiares podem se beneficiar do uso de ferramentas tecnológicas para otimização e ampliação da assistência à saúde, inclusive o acesso à saúde mental.

**Palavras-chave:** Telepsicologia; Atendimento familiar; COVID-19; Psicologia da Saúde; UTI.

#### ABSTRACT

The pandemic caused by the new coronavirus demanded that the world reorganize itself to try to contain the spread of the disease, as well as its impacts. This article presents the experience of three psychologists during the specialization in Health Psychology at the Hospital das Clínicas of the Faculty of Medicine of the University of Sao Paulo (HCFMUSP), with remote psychological care to family members of hospitalized patients with suspected and/or diagnosed with COVID-19. In this scenario, the schedule was compromised, undergoing relevant changes, which required flexibility and commitment, to work as health professionals in the pandemic front line. The aim was to report the experiences arising from remote care for these family members, and describe the experiences lived by three psychologists during the onset of the pandemic. This type of care was proposed as an alternative to work in this scenario of crisis and social isolation, given the restrictions on hospital visits. In this context, remote care was a viable practice, with a wide reach and high adherence. As this is a recent phenomenon in the hospital environment, the use of this innovative tool can bring benefits and become an alternative not only in times of crisis. Health professionals, patients and families can benefit from the use of technological tools to optimize and expand health care, including access to mental health.

**Key-words:** Telepsychology, Family health care, COVID-19, Health psychology, ICU.

---

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar no Brasil ainda enfrenta desafios na formação dos egressos da graduação que se interessam por este campo de trabalho. Embora ela exista há mais de 40 anos, a maior parte das universidades não possui essa área no currículo, ou oferecem em uma abordagem mais ampla como Psicologia da Saúde, com professores que, em boa parte dos casos, estão afastados da rotina hospitalar (ISMAEL, 2010). Fato é, que quando optamos por realizar nossa especialização em Psicologia Hospitalar no maior hospital da América Latina, o que buscávamos era uma experiência sólida e consistente que nos possibilitasse um aprendizado de ponta. A respeito da atuação do psicólogo no hospital, um componente imprescindível é a capacidade de adaptação. Sabíamos que isso seria algo a ser desenvolvido, já que a graduação tradicionalmente formata os alunos para a prática clínica que possui setting controlado. O que não sabíamos, era o inesperado que estava por vir quando o programa teve início na primeira semana de março de 2020.

No Brasil, até o final de fevereiro de 2020, assistíamos com certo distanciamento ao aumento no número de pessoas diagnosticadas com o novo coronavírus pelo mundo, dado que o primeiro caso só foi registrado oficialmente no país no dia 26 daquele mês (MS, 2020). A partir daí, todos tivemos que nos adaptar. O distanciamento social foi imposto como medida para conter o avanço da contaminação. Para isso, em meados do mês de março, quando a pandemia já havia sido decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a rotina dos brasileiros foi subitamente alterada (Faro et al., 2020).

Muito rapidamente, os termos distanciamento social, quarentena e isolamento foram incorporados ao nosso vocabulário e rotina. Como apontado por Faro et al. (2020), embora utilizados muitas vezes como sinônimos, eles servem para designar as diferentes medidas para evitar a disseminação do vírus. Anteriormente, estas ações preventivas já haviam sido adotadas no controle de outras doenças contagiosas como Ebola e H1N1. O distanciamento social diz respeito à distância espacial mínima de dois metros e implica na recomendação de não aglomeração de pessoas como medida preventiva da contaminação, enquanto a quarentena é a prática que tem como objetivo a separação daqueles que tiveram contato com

alguma doença contagiosa, para observação de eventuais sintomas. Já o isolamento consiste na separação de indivíduos com a confirmação de doenças contagiosas, como a COVID-19 (Brooks et al., 2020; CDC, 2020a).

Tais medidas foram abruptamente adotadas em todas as esferas sociais, como tentativa de conter o avanço desenfreado da contaminação, e no hospital ainda mais. Vale o destaque de que no início, pouco se sabia sobre o vírus, possibilidades de tratamento e/ou prognóstico da doença causada por ele. Assim, as visitas tão costumeiras no ambiente hospitalar foram subitamente interrompidas, ao mesmo tempo em que as internações ocorriam em um contexto de grande desconhecimento. Pacientes e familiares foram subitamente impedidos de manter contato físico como medida para tentar frear a contaminação naquele ambiente também. Todo esse desconhecido que passou a ser vivido, trouxe consigo muitos medos e fantasias vindos da atmosfera de insegurança vivida.

De acordo com Crepaldi, Schmidt, Noal, Bolze e Gabarra (2019, p.02), os sintomas mais comuns no início da pandemia da COVID-19 eram: “fadiga, tosse e dificuldades respiratórias”. Em média, 80% das pessoas que tiveram contato com o vírus SARS-CoV2 apresentaram sintomas leves ou moderados e nos casos mais graves, frequentemente levavam a internação hospitalar, incluindo a permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nestes casos, a evolução para óbito podia ser rápida e nem sempre as famílias possuíam recursos para a compreensão desse momento. Devido à elevada transmissibilidade do vírus da COVID-19, foram frequentes os relatos de contágios múltiplos no mesmo grupo familiar, o que ocasionou em algumas famílias a perda de mais de um membro (Crepaldi et al. 2019, Aciole & Bergamo, 2019; Braz & Franco, 2017; Marques, 2015).

Além das alterações físicas causadas pelo novo coronavírus, a saúde mental foi fortemente afetada e as medidas preventivas necessárias para frear a contaminação também contribuíram para esse fator. Todos de alguma forma sofreram adaptações e lutos, fosse pela perda de alguém para a COVID-19, ou decorrente das alterações limitantes na rotina. Práticas sociais e médicas foram sendo ajustadas na medida em que se foi conhecendo as características do vírus no que dizia respeito à transmissão, infecção, evolução da doença e

sequelas. No ambiente hospitalar, o serviço de psicologia também precisava se adaptar para atender as demandas que estavam surgindo. Ismael (2010) sustentou que um dos atributos mais importantes para quem desejasse atuar nessa área, eram a flexibilidade e a capacidade de adaptação ao *setting* que é possível dentro de cada organização. Esse aprendizado, que para nós seria obtido por meio de um programa estruturado, em função da pandemia teve seu curso alterado de modo substancial.

Por falar em adaptação, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) também tornou mais flexível a modalidades de atendimento psicológico remoto, que possibilitou que uma prática inovadora fosse posta em curso. No ano de 2018, por meio da resolução 11/2018, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), descreveu a conduta que deveria ser adotada para a modalidade de atendimento psicológico remoto. Dentre as orientações, constava expressamente a necessidade de um cadastro prévio e a liberação autorizada pelo CFP, além do veto da utilização de atendimento remoto com grupos em situação de vulnerabilidade e vítimas de desastres (Magalhães, Bazoni & Pereira, 2019; CFP, 2018). Entretanto, com a pandemia, as práticas da psicológicas precisaram ser flexibilizadas e adaptadas à nova realidade. Diante do colapso que se instalou na saúde pública, o CFP flexibilizou o atendimento remoto aos afetados pela pandemia com a resolução 004/2020, de março de 2020 (CFP, 2020). Embora o atendimento psicológico remoto fosse uma prática cada vez mais comum antes da pandemia, especialmente no campo da clínica, fora desse contexto não foram encontrados na literatura relatos de sua utilização por psicólogos/os hospitalares, já que a presença da família no hospital era parte da rotina.

Como resposta às demandas daquele período, foi necessária uma reestruturação do programa de formação de psicólogos hospitalares oferecido pela Divisão de Psicologia do Instituto Central, oferecido desde 1983 pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Assim, considerando a particular condição em que os pacientes foram hospitalizados, com especial destaque para as restrições de contato a qual os familiares foram submetidos, a referida Divisão propôs duas frentes de trabalho para as/os profissionais do serviço. Um deles dedicado exclusivamente ao atendimento dos

pacientes na UTI. Esta equipe, composta unicamente por funcionárias/os do hospital, ficou durante várias semanas destacada somente para esta função. Já as/os alunas/os da especialização, por estarem em fase inicial da formação, foram designados para atuar promovendo atendimentos remotos de acolhimento psicológico para esses familiares.

A alternativa de atuação para as/os alunas/os da especialização cumpriu, em um mesmo tempo, o propósito de preservar as/os profissionais que adentravam na rotina hospitalar durante uma pandemia, e o de atuar diante da angústia declarada das famílias, que somado ao trabalho realizado junto ao paciente e a equipe de saúde, compunham a tríade de objetos de trabalho do psicólogo hospitalar (Simonetti, 2004, p.18). Assim, coube às/aos psicólogas/os em especialização, o fornecimento de acolhimento psicológico remoto, por meio da busca ativa aos familiares dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com suspeita e/ou diagnóstico confirmado da COVID-19.

Quando essa proposição de atendimento psicológico remoto foi realizada, o HCFMUSP havia se tornado o hospital de referência para atendimento dos casos graves da doença na cidade de São Paulo, após ter realizado uma operação de grande porte para liberação de todos os leitos do Instituto Central (IC-HCFMUSP) somente para suporte médico aos pacientes com Covid-19. A contaminação alcançava níveis cada vez maiores e o cenário era assustador. O espanto vinha dia após dia com as notícias que vinham de outras partes do mundo sobre a tragédia que já se apresentava em outros países e dava pistas do poderíamos vir a enfrentar. A este cenário tenebroso, no Brasil, ainda tivemos que lidar com muitas informações desencontradas vindas de fontes oficiais que se contradiziam, além das *fake news*, que causavam ainda mais insegurança.

Toda essa novidade na transformação da modalidade de atendimento, bem como das práticas psicológicas no âmbito hospitalar foram acompanhadas por nós desde seu início. Aconteceu que as mudanças passaram a se dar em velocidade e intensidade tamanha, que tornava nossa adaptação cada vez mais desafiadora. Não levou muitos dias da oficialização da pandemia no país até termos a primeira morte registrada. Daí em diante, o número de óbitos não parava de crescer. Portanto, se estávamos começando a aprender como prestar

acolhimento psicológico remoto por conta da hospitalização de um familiar, logo tivemos que utilizar este canal para dar suporte após óbitos.

Por se tratar de uma prática inédita no que diz respeito à demanda, modalidade de atendimento remoto e ao volume de casos atendidos, mesmo considerando o breve período analisado, foi entendido que seria pertinente o compartilhamento da experiência vivida pelas autoras com a comunidade científica. Vale ressaltar que nessa proposta de atendimento psicológico, com setting e modalidade alteradas, o objetivo do trabalho era fornecer auxílio emocional aos familiares desses pacientes, bem como realizar psicoeducação e acolhimento para aquele período de crise. É sabido que a atuação do psicólogo no hospital contempla diferentes abordagens psicológicas como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), Fenomenologia, Psicanálise, dentre outras. A atuação deste trio seguiu a orientação psicanalítica de D. W. Winnicott, visando um trabalho profilático diante das ameaças de desintegração do ego, advindas do ambiente (Dias, 2003).

As descobertas decorrentes desta prática poderão contribuir com os profissionais da psicologia hospitalar na adaptação do *setting* ao que poderá surgir como novas demandas no futuro, notadamente, o atendimento remoto.

Há de se considerar que não somente na esfera profissional a temática do luto e da perda eram um revés. Para além do preparo profissional, individualmente tivemos nossas próprias batalhas, desde o medo pelo risco de contaminação, passando por colegas do programa e funcionários com quem tínhamos contato na rotina se contaminando. Tivemos também perdas de familiares e amigos queridos e, mesmo assim, nosso trabalho precisava continuar a despeito de nossas próprias dores. Por fim, e não menos importante, o luto que enfrentamos pela nossa formação. O sonho de aprender com experiências únicas em um hospital geral, foi temporariamente substituído por um aprender-fazendo ímpar. Neste tempo crucial da história, nos fizemos presente junto a milhares de profissionais que se empenharam para fazer daquele vivido indizível, o menos sofrido possível aos que alcançamos.

## **MÉTODO**

O método adotado nesse artigo foi o relato de experiência do trabalho desenvolvido por três psicólogas bolsistas do programa de especialização em Psicologia Hospitalar com ênfase em Hospital Geral, vinculadas à Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC-HCFMUSP). Isto porque tal metodologia possibilita que os conhecimentos obtidos através da experiência prática, possam ser compartilhados com a comunidade científica, de modo que a descrição do trabalho realizado viabilize uma noção mais próxima possível daquilo que foi praticado. Como referencial teórico nos pautamos na teoria psicanalítica.

### **Procedimentos**

Para nortear a atuação da psicologia e tendo em vista a necessidade de reestruturação do programa, as estratégias de atuação foram construídas e modificadas ao longo do tempo. Inicialmente, foram realizadas reuniões frequentes entre as psicólogas da Instituição e as alunas da pós-graduação, com o objetivo de discutir quais formatos de atendimento seriam possíveis diante das restrições governamentais de prevenção à contaminação impostas. Foi realizada uma divisão em duas frentes de atendimentos psicológicos: uma frente prestando assistência direta aos pacientes e outra, composta por outra parte da equipe, bem como os especializandos, que realizavam os atendimentos remotos. Essa nova divisão, além de manter o serviço de psicologia funcionando num momento crítico, também visou diminuir a nossa exposição ao vírus. Assim, se chegou ao modelo de trabalho em que as/os 30 alunas/os foram divididas/os em trios, e para cada trio, uma psicóloga da Instituição foi designada como supervisora. As supervisões aconteceram semanalmente e a preparação incluiu também um importante suporte teórico a partir de levantamento bibliográfico nas plataformas Pepsic, Scielo, Pubmed, além de livros que abordavam o tema da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, de emergência e desastres, e atendimento psicológico intermediado por telecomunicações, também denominado telepsicologia.

Passada essa primeira fase de preparação teórica, cada trio recebeu uma listagem com

uma quantidade variável de leitos pelos quais seria responsável por realizar os contatos em busca ativa aos familiares dos pacientes internados na UTI do IC-HCFMUSP. Durante o período compreendido entre abril e julho de 2020, as três psicólogas realizaram atendimentos remotos diariamente. Cada aluna ficou responsável por uma média de vinte leitos. Para chegar aos familiares dos pacientes que ocupavam determinado leito de UTI, era feita uma busca por telefones de contato no cadastro de identificação do paciente no hospital. Nos casos em que não era encontrado número telefônico ativo, era realizada uma articulação com o serviço social e mesmo com as unidades de internação.

A proposta de atendimento consistia em um suporte emocional para os familiares do paciente durante o período da internação. No primeiro contato com o familiar, era feita uma breve explicação sobre a proposta de atendimento oferecido pelo serviço de psicologia do hospital para aquela população. Durante este contato, além de orientações sobre a proposta do serviço, era realizado acolhimento psicológico. Nesta ligação telefônica, buscávamos conhecer o estado emocional do familiar atendido através do discurso tanto no que dizia respeito à forma, quanto ao conteúdo; se havia tido alterações na dinâmica familiar após a internação do paciente, qual rede de suporte que o familiar possuía, e a qualidade das informações sobre prevenção e contaminação pelo vírus. Diante do que cada familiar expunha, algumas intervenções, principalmente de cunho psicoeducacional eram necessárias e foram caso a caso sendo conduzidas. A partir desse contato, o familiar tinha a opção de continuar recebendo o acolhimento psicológico semanal durante a internação do paciente ou não, independente de haver demanda para os atendimentos ou não, um telefone institucional para contato conosco era fornecido. Todos os atendimentos realizados eram posteriormente registrados no prontuário do familiar hospitalizado.

### **Instrumentos**

A coordenação do curso de especialização elaborou um roteiro com perguntas semidirigidas para servir como um norte para as primeiras entrevistas com os familiares, com a finalidade de coletar o maior número de informações para auxiliar na compreensão e

condução dos casos. Essas perguntas visavam investigar, de modo geral, como os familiares estavam vivenciando a quarentena e seus impactos na saúde física e mental e nas dinâmicas familiar e social. Para realização dos atendimentos, foram utilizados telefone e celulares, em casos de videochamadas.

Além dos registros oficiais no prontuário do paciente, desenvolvemos em supervisão uma planilha que tinha como objetivo assinalar todos os contatos feitos em cada caso. Nela, foram registrados números de familiares de um mesmo paciente atendidos, adesão ou não ao serviço, modalidade de atendimento, se por telefone ou videochamada. Como é sabido, no ambiente hospitalar, o local para atendimento frequentemente é dinâmico, portanto, em várias ocasiões foi necessário um revezamento do espaço entre as autoras para a realização dos atendimentos.

## **RESULTADOS**

Ao todo, 135 famílias de pacientes internados com diagnóstico e/ou suspeita de contaminação pela COVID-19 no hospital receberam ao menos um contato telefônico do nosso serviço. Como ele podia ser oferecido para mais de um membro da mesma família, o total de familiares atendidos foi de 189, que resultou em uma média de 1,4 familiar alcançado por paciente. O total de atendimentos realizados pelo trio no período, foi de 519, o que resultou em uma média aproximada de 4 atendimentos para cada familiar.

No que se refere a modalidade de atendimento remoto síncrono, foram disponibilizados os atendimentos por ligação telefônica ou videochamada. O primeiro contato era realizado sempre por ligação telefônica, e na ocasião, era oferecida a possibilidade de seguimento dos atendimentos por videochamada. A maioria dos familiares, 97,3% (n=184), optou por continuar recebendo os atendimentos psicológicos por ligações telefônicas em detrimento das videochamadas 2,6% (n=5).

No acolhimento inicial, seguido da apresentação do serviço, era proposta a continuidade dos atendimentos, com frequência estipulada de acordo com a demanda individual. Contudo, como o nosso trabalho era conduzido em busca ativa, ou seja, nós que oferecíamos o serviço

e não era uma solicitação dos familiares, a recusa aos atendimentos poderia ocorrer. A partir dos dados coletados na planilha, foi possível mapear que com relação à adesão aos atendimentos: (a) 78,5% aderiram (n=146); (b) 7% (n=13) não aderiram; (c) 14,5% (27) recusaram. Dentre os motivos para recusa, foram identificadas algumas condições, como familiares que já realizavam psicoterapia em serviço externo, outros que não apresentaram uma demanda ou desejo para prosseguir em atendimento.

O receio inicial sobre a viabilidade dos atendimentos psicológicos remotos foi totalmente sanado conforme fomos dando seguimento ao protocolo e obtendo retornos positivos dos familiares. A compreensão obtida com a alta adesão ao serviço, bem como as declarações dos familiares a respeito do quanto os acolhimentos semanais estavam servindo de suporte emocional, foi a de que embora o local de atendimento no âmbito hospitalar - tradicionalmente os corredores ou espaços compartilhados - tenha sido modificado para a linha telefônica e, em poucos casos, as videochamadas, a relação era possível de ser estabelecida.

Portanto, mesmo no que se poderia considerar como uma alteração no setting, o que entendemos foi que o importante era que o vínculo era possível de ser estabelecido, a despeito do formato tradicional ao qual a psicologia está habituada. Isto porque tal adaptação inovadora no ambiente hospitalar, se fazia vital para que o suporte às famílias fosse assegurado com qualidade, mesmo em meio a tantas adversidades.

## **DISCUSSÃO**

A realização dos atendimentos psicológicos remotos aos familiares de pacientes internados no hospital em decorrência de suspeita e/ou contaminação pela COVID-19, se constituiu para nós um grande desafio, pois estávamos em momento inicial da formação como psicólogas hospitalares e vivendo a maior crise sanitária da época em um hospital que viria a ser referência para o tratamento da doença. Como todos os profissionais de saúde e órgãos responsáveis pelo combate à pandemia, fomos aprendendo conforme as demandas foram surgindo e tivemos que nos adaptar à essa nova realidade que se configurava. Neste período inicial de incertezas quanto à atuação dos profissionais de saúde, nós estávamos iniciando

nosso percurso como psicólogos hospitalares em formação.

A partir do decreto oficial de pandemia, mudanças significativas foram sentidas por toda a sociedade, com o fechamento de estabelecimentos e a limitação de circulação de pessoas, mantendo-se nas atividades laborais aqueles que não poderiam trabalhar em casa, ou que faziam parte das atividades essenciais. Já nas primeiras semanas da nossa formação, o hospital passou por modificações para receber os pacientes com suspeita e/ou diagnóstico da COVID-19. Medidas de segurança foram implementadas: a circulação dos funcionários foi limitada e de familiares suspensa, a higienização dos espaços e a higienização pessoal recebeu mais atenção e os itens de EPI passaram a ser mais sofisticados para a segurança dos profissionais. Evitar aglomeração já era considerado uma medida de segurança em qualquer ambiente e por isso as aulas, que seriam presenciais, foram realizadas remotamente para minimizar os impactos já sentidos.

O luto acontecia em diversas instâncias: privação da liberdade de ir e vir, alterações nos hábitos e nas logísticas de trabalho, interrupção nas atividades educacionais e nas áreas de lazer, entretenimento e convívio social. Particularmente, também vivíamos todas essas incertezas e lutos na nossa vida particular enquanto sentíamos as expectativas pelo programa de especialização sendo modificadas. Em contextos anteriores, esse momento inicial de formação seria de contato com o ambiente e início de uma construção profissional gradativa. Entretanto, diante dessa necessidade emergencial, esse processo se deu de forma abrupta, constituindo um desafio profissional e pessoal.

Conforme mencionado anteriormente, com a restrição de visitas e a impossibilidade do contato direto dos entes com os pacientes hospitalizados, o serviço de psicologia se reorganizou de modo a fornecer assistência da maneira que era possível. Portanto, tivemos uma experiência única de fazer parte de um momento em que todos os psicólogos da instituição estavam aprendendo a gerenciar as angústias pessoais e as demandas inéditas da profissão, já que algumas práticas tradicionais estavam limitadas de serem executadas, como: o toque no paciente, a visita das famílias e o acolhimento familiar no ambiente hospitalar.

Inicialmente, quando ainda não havia tantas respostas para a população, o espaço dos

atendimentos serviu para esclarecimento de dúvidas sobre a doença e a sua gravidade, medidas de prevenção e de estratégias de autocuidado. No decorrer dos atendimentos, fomos percebendo que o fato dos familiares receberem ligações não apenas da equipe médica, remetia cuidado e suporte para que pudessem enfrentar o momento de fragilidade e desamparo, narrado por eles. Desamparo para o dicionário de língua portuguesa (2006, p. 150) é “falta de amparo” e desamparar “deixar de amparar, de sustentar”. O vocabulário de psicanálise refere-se ao desamparo na fase adulta como uma situação traumática que gera no sujeito um sentimento intenso de angústia (Laplanche & Pontalis, 1967). Winnicott (1958), menciona que um evento pode ser traumático quando não há sustentação do ambiente para reparar a angústia vivida pelo sujeito. Uma das formas de oferecer suporte era fornecendo o contato do serviço de psicologia, pois na medida em que os familiares precisassem, sabiam que tinham onde encontrar apoio. Essa ação favoreceu o vínculo e o desenvolvimento da relação terapêutica, pois realizamos a sustentação emocional desse momento de fragilidade, favorecendo uma diminuição do sofrimento através da fala.

Percebemos ao longo da nossa prática que, dada a fragilidade emocional, foi necessário ajudar na sustentação e elaboração do momento de sofrimento psíquico dessas famílias. Essa função é descrita por Winnicott como *holding*, é em sua teoria, fundamental para o desenvolvimento completo do bebê. Através da mãe, que exerce a função de ego auxiliar, executado principalmente através do toque (*handling*) e o manejo do ambiente (*holding*), é possível criar condições para que ocorra a integração das necessidades do bebê com o ambiente e a adaptação às falhas que este ambiente poderá ter. Na relação com o psicólogo, esta função, a priori função materna, pode em algum momento ser ocupada pelo profissional que exerce a sustentação nos momentos de angústias, manejando o sofrimento advindo das falhas do ambiente. No entanto, diferentemente da mãe, não seria através do contato físico propriamente, mas através das ferramentas de domínio da profissão como: escuta ativa, atenção flutuante, acolhimento e auxílio para a compreensão de situações experienciadas, atuando na reorganização egóica, proporcionando assim um ambiente facilitador para a ressignificação dos eventos adversos (Winnicott, 1958).

Com o aumento do número de pessoas com diagnóstico da COVID-19 e de óbitos, a demanda por atendimento de luto foi significativa. A angústia compartilhada pelos familiares ao pensar que um ente querido estava fazendo parte da estatística mundial de óbitos, gerou reações e falas de descrenças, verbalização de teorias sem uma fundamentação lógica e pensamentos fantasiosos que não condiziam com os fatos apresentados, que em alguns casos só foram desmistificados quando um membro da família ia até ao hospital para realizar o reconhecimento do corpo. Precisávamos atuar com cuidado ao acolher e preparar essas famílias para viver essas perdas, tentando favorecer um luto saudável e prevenir lutos complicados, já que o cenário de despedidas não auxiliava nesse momento de elaboração. Os rituais de despedida sofreram limitações significativas, já que as medidas sanitárias prezavam pelo caixão lacrado e um número reduzido de pessoas para o sepultamento, sem direito ao velório.

Enquanto profissionais da linha de frente convivendo diariamente com a morte e o luto, também vivemos lutos, pois a pandemia atingiu a todos sem distinção. Diante da realidade que todos compartilhamos, foi necessário atenção e preparo para o manejo das transferências e contrantransferências, principalmente pela intensidade e velocidade com que a pandemia avançou e os resultados danosos advindos desse fenômeno. A transferência, embora esteja presente em todas as relações, no contexto do atendimento psicológico se dá como a atualização de experiências passadas, no momento atual. Em uma situação de crise, em que o ego pode estar sendo fortemente afetado, as reações ao conflito para cada pessoa será vivenciada de maneira singular e o psicólogo deve considerar e auxiliar esse outro nesse processo. Em relação ao psicólogo, que está nesse processo intersubjetivo, há de se considerar que sua subjetividade também está atuando no processo e por isso o profissional psicólogo não está imune de ser afetado pelas emoções apresentadas pelo paciente. No entanto, o que deve ser observado é como essas emoções nos atingem e trabalhá-las para não comprometer o atendimento destinado ao outro e até mesmo comprometer a nossa saúde mental (Castro, 2005).

Conforme foi aumentando a demanda de atendimento, o nosso trabalho foi se

desenvolvendo e aprimorando. Por outro lado, sentimos o cansaço físico e mental pois o número de atendimentos cresciam, a necessidade de continuidade era crucial e as atividades dos serviços de saúde estavam temporariamente suspensas. Mesmo após o óbito, algumas famílias continuavam recebendo suporte psicológico: esses atendimentos foram estendidos por conta da demanda da família, juntamente com a falta de recursos na rede que pudessem absorver tais casos. Passado um tempo, algumas alternativas de encaminhamento foram possíveis e vieram em resposta ao alto número de famílias enlutadas, dentre elas, grupos de apoio aos enlutados e serviços gratuitos fornecidos por diversos segmentos da sociedade. Essas intervenções tiveram retorno em forma de gratidão por parte dos familiares, que compartilharam nunca terem recebido esse cuidado em momentos semelhantes, o que nos faz refletir sobre a importância do suporte psicológico durante o período de hospitalização, bem como também nas evoluções para óbito e pós-óbito. Com isso se faz necessário considerar a ampliação da atuação dos profissionais de saúde mental nessa demanda de atendimento (Aciole & Bergamo, 2019).

Nesse cenário de desafios conseguimos vivenciar na prática o que estudávamos na teoria, ou seja, uma das principais características da atuação da psicologia hospitalar: a flexibilidade. No entanto, não esperávamos que essa característica seria tão necessária nesse período de especialização durante a pandemia. Para isso, o recurso do atendimento psicológico remoto se mostrou possível e capaz de atingir um número significativo de pessoas que talvez não fossem contempladas, caso o recurso não fosse usado. O Conselho Federal de Psicologia, ao flexibilizar a prática do atendimento remoto, contribuiu para a disseminação dessa prática, dado que, até então, não era uma modalidade plausível em contexto de atendimento hospitalar, mas que após a pandemia mostrou-se aplicável em diversos contextos.

Pudemos ao longo do processo, nos desenvolver como profissionais já que fizemos parte de forma ativa da implementação desse serviço no hospital de atuação em um contexto crítico e inovador. Realizamos um modelo de formação que talvez não se repetirá nos próximos anos, o que também nos molda como profissionais diferenciados e com o desejo de atuar

independente do contexto, reafirmando o desejo de estarmos dispostos a enfrentar as dificuldades e fazer a diferença como psicólogos na sociedade.

## CONCLUSÃO

A pandemia do novo coronavírus se constituiu em um desafio mundial, e exigiu que respostas rápidas e eficientes fossem postas em prática com o objetivo de buscar uma minimização dos impactos para a população. No Brasil, a psicologia foi uma das áreas que precisou se reinventar. Nós, enquanto psicólogas recém-formadas e no início do programa de pós graduação em psicologia hospitalar, tivemos que nos adaptar a este contexto. Participamos ativamente da reestruturação do programa de especialização, pois não foi possível que o modelo pré-estabelecido fosse seguido. Isso exigiu de nós resiliência e compromisso, não somente com a nossa formação, mas também no enfrentamento desse momento histórico.

Os psicólogos atuantes em diferentes frentes precisaram se adaptar ao modelo do atendimento remoto e no nosso caso, mesmo no ambiente hospitalar, não foi diferente. O atendimento remoto em uma grande proporção numérica, não era parte da rotina das/os psicólogas/os brasileiras/os, cujo local de trabalho era o hospital. Por esta razão, tal flexibilização na modalidade dos atendimentos pode ser encarada como uma frente inovadora e promissora, que não tinha sido explorada com essa magnitude.

Com base nas informações coletadas ao longo dos atendimentos, pudemos observar o percentual elevado de familiares que aderiram à proposta deste trabalho e por esse motivo é viável pontuar que o atendimento remoto é uma modalidade possível, podendo ser uma ferramenta a ser explorada e ampliada no ambiente hospitalar. Vale ressaltar que, embora a modalidade do atendimento psicológico aos familiares tenha sido adaptada, às características que configuram a atuação da psicologia no hospital foram preservadas.

A partir dessa experiência, compreendemos que a criação e estabelecimento do vínculo é o que configura o *setting*, muito mais do que o espaço físico onde os atendimentos psicológicos acontecem, ou, ainda, da proximidade física entre psicóloga/o e as pessoas

atendidas. Inclusive, o alcance aos familiares dos pacientes obtido com a flexibilização na modalidade de atendimento, foi um ganho que vale a pena o destaque e que pode se configurar como uma alternativa de atuação a ser incluída como possibilidade de atuação para as/os psicólogas/os hospitalares.

Para que pudéssemos atender a demanda que se apresentou, um longo e forte preparo teórico, técnico e também pessoal, esteve em curso antes, durante e após o nosso trabalho no período agudo da pandemia. Muitas foram as emoções e sensações que este tempo desafiador nos fez viver, mas certamente as experiências e conhecimento, possibilidade de partilha e aprendizado com as mudanças empreendidas na modalidade de atendimento, contribuíram em muito para nossa formação profissional. E mais que isso, tal flexibilização permitiu que nosso trabalho cumprisse um importante papel de suporte à uma parcela da sociedade que, por vezes, tem restrito acesso à atendimentos de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

Aciole, G. G., & Bergamo, D. C. (2019). Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde em Debate*, 43(122), 805-818. Recuperado de: DOI: 10.1590/0103-1104201912212.

Assis, C. L., & Alves, G. F. (2015). Vivências e estratégias de enfrentamento em uma família com doente crônico com câncer. *Revista Psicologia e Saúde*, 7 (2), 142-151. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200008&lng=pt&tlng=pt).

Baldonino, E. S., & Telles, F. L. (2019). A espiritualidade e os cuidados psicológicos paliativos: unidos para um melhor tratamento em pacientes terminais. *Revista Mosaico*. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1763>.

Brasil, Ministério da Saúde (MS). (2020). Brasil confirma primeiro caso da doença. Recuperado de: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>.

Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção do luto complicado. *Psicologia: ciência e profissão*, 37 (1), 90-105. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Lisa, W., Wesseley, S., Greeberg, N., Rubin, G. J.

R. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-20. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

Castro, R. M. O. Uso e abuso da transferência. (2005). Mesa Redonda do XX Congresso Brasileiro de Psicanálise. Recuperado de: [http://www.febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx\\_cbp\\_ronaldo.doc](http://www.febrapsi.org.br/publicacoes/artigos/xx_cbp_ronaldo.doc).

Center for Disease Control and prevention. (2020a). Social distancing, quarantine, and isolation: keep your distance to slow the spread. Atlanta: Autor. Recuperado de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/social-distancing.html>.

Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução nº 11, de 11 de maio de 2018. Recuperado de: [HTTPS://site.cfp.org.br/wp-content-uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%830-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%830-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf).

Conselho Federal de Psicologia. (2020). Nova Resolução do CFP orienta categoria sobre atendimento on-line durante pandemia da Covid-19. Recuperado de: [HTTPS://site.cfp.org.br/nova-resolucao-do-cfp-orienta-categoria-sobre-atendimnto-on-line-na-pandemia-da-covid-19/](https://site.cfp.org.br/nova-resolucao-do-cfp-orienta-categoria-sobre-atendimnto-on-line-na-pandemia-da-covid-19/).

Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A. & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, 37, e200090. Campinas. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.

DIAS, E. O. (2003). A teoria do amadrecimento de D. W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago.

Enumo, S. R. F, WEIDE, J. N., Vicentinni, E. C. C., Araújo, M. F., Machado W. L. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: Proposição de uma Cartilha (2020). *Estudos de Psicologia*. Campinas. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>.

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, e200074. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.

Freud, S. (1917/2010). Luto e melancolia. In S. Freud. Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras.

Ismael, S. M. C. (Org.). (2010). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In S. M. C. Ismael (Org.). A prática psicológica e sua interface com as doenças. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Laplanche & Pontalis. (1967). Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Livraria Martins Fontes editora LTDA.

Magalhães, L. T., Bazoni, A. C. & Pereira, F. N. (2019). Impressões de psicólogos clínicos acerca da orientação psicológica online. *Brazilian Journal of Psychotherapy*, 21, 53-69. Recuperado de: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/rbp.celg.org.br/pdf/v21n1a05.pdf> doi: 10.5935/2318-0404.20190009.

Marques, M. (2015). Fatores que impedem a resolução do luto. *Psicologia.pt*.

Recuperado de: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0860.pdf>. 677-74092016000100006.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). Pandemic fear and COVID-19: mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(3), 232-235. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v42n3/1516-44446-rbp-1516444620200008.pdf>.

Winnicott. D. W. (1958). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: IMAGO.