

COLETÂNEA DOS ENCONTROS DE PSICÓLOGAS/OS HOSPITALARES DE MATO GROSSO



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

**COLETÂNEA DOS ENCONTROS DE PSICÓLOGAS/OS
HOSPITALARES DE MATO GROSSO**



**Conselho
Federal de
Psicologia**

**Conselhos
Regionais de
Psicologia**

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
18ª REGIÃO MATO GROSSO V PLENÁRIO

COMISSÃO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

**COLETÂNEA DOS ENCONTROS DE PSICÓLOGAS/OS
HOSPITALARES DE MATO GROSSO**

COLETÂNEA DOS ENCONTROS DE PSICÓLOGAS/OS HOSPITALARES DE MATO GROSSO

Comissão Psicologia Hospitalar

Coordenação:

KELI VIRGINIA EBERT

Membros:

ALINE MERCEDES FONSECA RAMMINGER

ARIADINE RIBEIRO LEITE

GABRIEL HENRIQUE PEREIRA DE FIGUEIREDO

PÂMELA CRISTINA DA ROCHA

RENATA CRISTINA GIROTO FERREIRA SILVA

PLENÁRIO do CRP-MT/18

Diretoria

Conselheira/o Presidente: KAMILA CRISTINA DA COSTA

Conselheira/o Vice-Presidente: MARIA APARECIDA DE AMORIM FERNANDES

Conselheira/o Secretária: KARINE DOS SANTOS ARAÚJO

Conselheira/o Tesoureira: AMAILSON SANDRO DE BARROS

Conselheiras Efetivas

Conselheira/o: CAMIÉLE BENEDITA DO CARMO

Conselheira/o: KELI VIRGÍNIA EBERT

Conselheira/o: KARINA FRANCO MOSHAGE

Conselheira/o: SANDRA CAROLINO SEVERO RIBEIRO

Conselheira/o: THIAGO AIAMARI KAVOPI

Conselheiras Suplentes

Conselheira/o: JOÃO HENRIQUE MAGRI ARANTES

Conselheira/o: EDUARDO CRISTIAN WAGNER

Conselheira/o: JULIANA COSTA SERRA

Conselheira/o: JULIANA FERREIRA DO NASCIMENTO

Conselheira/o: LUCIANA AUXILIADORA FONTES KALIX

Conselheira/o: MARIA CRISTINA GARCIA DE REZENDE PERRUPATO

Apoiadores

Jackeline Jardim Mendonça

Assessora Técnica do CREPOP/CRP18-MT

Muriel Ojeda da Costa

Estagiária do CREPOP/CRP18-MT

(Conta Revista - CFP/2025)

É permitida a reprodução deste material, desde que sem alterações e citada a fonte.
Disponível também em versão eletrônica em www.crpmt.org.br

VENDA PROIBIDA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Douglas Rios – Bibliotecário – CRB1/1610)

C694

Coletânea dos Encontros de Psicólogas/os Hospitalares de Mato Grosso /
Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região MT. - - Cuiabá-MT:
CRP-MT, 2025.

ISBN 978-65-988896-0-9

1. Psicologia Hospitalar. 2. Psicólogas/Psicólogos Hospitalares -
Mato Grosso.

CDU 159.9(817.2)



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

Conselho Regional de Psicologia 18ª Região MT

Rua das Pérolas, 201. Bairro Bosque da Saúde.

CEP 78050-090. Cuiabá/MT

Telefone: (65) 3627-7188

Email: crpmt@crpmt.org.br

SUMÁRIO

UM RECORTE SOBRE A HISTÓRIA DA COMISSÃO	8
1º ENCONTRO DE PSICÓLOGAS/OS HOSPITALARES DE MATO GROSSO	12
O HOSPITAL GERAL E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ANTIGOS OBSTÁCULOS, NOVOS DESAFIOS	13
Reginaldo Silva de Araújo	
A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO UM CONTEXTO TRADICIONAL DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR	33
Aline Mercedes Fonseca Ramminger	
SOBRE CUIDADOS EM EMERGÊNCIAS, LIÇÕES APRENDIDAS E QUESTÕES QUE PERMANECEM:	47
Maria Helena Pereira Franco	
PALESTRA COM PABLO CASTANHO:	52
“O trabalho em equipe de saúde: cuidado com os vínculos profissionais e com os usuários”	
Pablo Castanho	
RELATO DE EXPERIÊNCIA DOCENTE SOBRE “FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS HOSPITALARES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER/UFMT”	92
Renata Costa	
O PSICÓLOGO HOSPITALAR EM HOME CARE, O QUE ESPERAR?	116
Clara Regina Guedes Campos	
A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM BEBÊS INTERNADOS EM UTI: REFLEXÕES E INTERVENÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO SUBJETIVO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	122
Pâmela Cristina da Rocha	

SUMÁRIO

2º ENCONTRO DE PSICÓLOGAS/OS HOSPITALARES DE MATO GROSSO	142
O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ON-LINE EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA: A TECITURA EM LINHA DE UM DISPOSITIVO CLÍNICO PARA TRATAR DO SOFRIMENTO Keli Virginia Ebert	143
PERSPECTIVAS SOBRE O SOFRIMENTO EM SITUAÇÕES DE LUTO, CUIDADOS PALIATIVOS E ENVELHECIMENTO Raul Bruno Tibaldi Nascimento	158
PARA UMA PRÁTICA CONTEXTUALIZADA EM SAÚDE: PSICOLOGIA EM FORMAÇÃO Maria Beatriz Bastos Párraga	170

UM RECORTE SOBRE A HISTÓRIA DA COMISSÃO:

Em setembro de 2019, durante o Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), realizado em Salvador-BA, iniciaram-se os primeiros ensaios para a construção do que viria a ser a Comissão de Psicologia Hospitalar (CPH) no Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região. É a partir desse congresso que as primeiras ideias começaram a germinar, em um encontro de profissionais interessadas em promover debates, reflexões e ações na área da psicologia hospitalar, com o objetivo de aproximar os profissionais atuantes nesse âmbito e fortalecer sua atuação com base nos preceitos éticos e fundamentos teórico-técnicos da profissão.

Ainda em 2019, a Subcomissão de Psicologia Hospitalar deu início às suas atividades, com o objetivo de discutir as especificidades da prática e fomentar o campo da psicologia hospitalar na região do Mato Grosso, compondo a Comissão de Psicologia da Saúde.

Iniciamos as atividades e, na sequência, em 2020, nos deparamos com a crise pandêmica da Covid-19 (SARS-CoV-2)¹. Intensificamos nossas reuniões para a construção de uma nota técnica que orientasse as profissionais da psicologia atuando na linha de frente da Covid-19. Em abril de 2020, a subcomissão lançou a Nota Técnica 01/2020, uma elaboração que orienta a atuação de psicólogas(os) durante a pandemia do novo coronavírus (Covid-19).

Após dois anos de intensos diálogos junto à categoria, construindo um campo de práticas e discussões pertinentes às questões regionais, decidimos aprofundar nossas raízes realizando o 1º Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso², apostando no fortalecimento

¹ Doença causada por um novo tipo de coronavírus identificado no ano de 2019, chamado SARS-CoV-2. Ele pertence à família de vírus de mesmo nome, que causa infecções respiratórias. O vírus recebe esse nome porque seu formato, quando observado ao microscópio, se assemelha a uma coroa.

² Encontro realizado nos dias 1 e 2 de julho de 2022, em Cuiabá, MT.

da psicologia hospitalar, no enraizamento de suas bases e no crescimento de seus ramos em nossa região.

Diante de todo o trabalho desenvolvido pela subcomissão, evidenciou-se a necessidade de sua formalização como uma comissão independente; assim, em 2022, a partir da deliberação do 5º Plenário do CRP/18, a subcomissão passa a ser a Comissão de Psicologia Hospitalar.

Em 2023, seguimos e realizamos o 2º Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso³, mantendo a sustentação da permanência dos espaços de discussão e promoção do desenvolvimento da categoria, na perspectiva de construção progressiva para o fortalecimento da área, de forma ética e socialmente comprometida.

A comissão é, dessa forma, um espaço em que os membros, colaboradores e assessoria técnica do Conselho desenvolvem ações que tensionam o debate sobre o campo de atuação da psicóloga hospitalar, promovendo discussões sobre seu desenvolvimento no estado de Mato Grosso, levantando questionamentos referentes aos desafios de construir um campo de práticas pertinentes às questões atuais e regionais, contribuindo para legitimar o lugar da Psicologia dentre as áreas da saúde, promovendo uma Psicologia Hospitalar atenta ao seu tempo, implicada com a ética e em consonância com a ciência.

A comissão inicia e deseja seguir coerente com seus objetivos, que se ramificam entre: a estruturação contínua do campo de diálogos entre profissionais; articulação de suas ações e diálogos com o poder público; auxílio ao CRP-18 frente às deliberações acerca da Psicologia Hospitalar; produção de material técnico; promoção de debates, eventos e divulgação de temas relevantes à área.

Desde a instauração desta comissão, destacam-se diversas ações realizadas, como a estruturação do campo de diálogos entre profissionais, dentre as quais se destacam: estudo das Referências Técnicas para

³ Encontro realizado nos dias 14 e 15 de julho de 2023 em Cuiabá MT.

Atuação de Psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS; discussões e alinhamentos temáticos nas reuniões ordinárias; definição do campo/circunscrição da especialidade (atenção em saúde nos níveis secundário e terciário, composição das Redes de Atenção à Saúde/RAS, Rede de Atenção Psicossocial/RAPS e equipe especializada em hospitais gerais); enfrentamento aos desafios impostos pela pandemia, assistência às equipes hospitalares, atenção ao luto, comunicação de óbito e más notícias, segurança no trabalho, uso de TICs, entre outros; articulações e debates junto ao poder público; denúncia ao Ministério Público do Estado de Mato Grosso (MPMT), que resultou na contratação de psicólogo(a) hospitalar em hospital público; reunião de orientação conjunta com a Comissão de Orientação e Fiscalização (COF) à equipe de atuação em saúde do trabalhador hospitalar; assessoramento ao CRP-18 frente às deliberações acerca da Psicologia Hospitalar; revisão da resolução CFP 013/2007; participação em reuniões com o CFP: Psicologia em riscos, emergências e desastres, projeto de lei nº 2.803/2020, grupo de trabalho sobre o dimensionamento de psicólogos(as) em hospitais; integração da Comissão de Psicologia Hospitalar com a Comissão de Psicologia na Saúde; integração às comissões temáticas do Conselho Regional de Psicologia de MT, a fim de tratar dos temas transversais às comissões; produção de material técnico; mapeamento de profissionais, pesquisa de caracterização da categoria atuante em hospitais e unidades de saúde especializadas; Nota Técnica 001/2020 – orientações durante a pandemia; Nota Técnica 001/2021 – orientações para registro do trabalho; promoção de debates, eventos e divulgação de temas relevantes à área, como a live de lançamento da Nota Técnica SCPH 001/2020 em 09/06/2021 com participação da Profª Dra. Maria Livia Moretto, live de lançamento da Nota Técnica SCPH 001/2021 em 10/06/2020, 1º Encontro das Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso realizado no Hospital de Câncer de MT

em junho de 2022, e 2º Encontro das Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso realizado no Hospital de Câncer de MT em julho de 2023.

Dessa forma, temos realizado ações consonantes com os objetivos da comissão, compreendendo a necessidade da permanência dos espaços de discussão e promoção do desenvolvimento da categoria, engajando as profissionais e estudantes na sua construção e mantendo-se sob a perspectiva coletiva para o fortalecimento da área, de forma ética e socialmente comprometida.

É a partir desse diálogo que propomos a reflexão sobre a atuação profissional nos mais diversos contextos que se referem à Psicologia Hospitalar, estabelecendo a interlocução com os movimentos sociais em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Seguridade Social, além do interesse em fomentar o debate e a aproximação com profissionais que atuam no contexto da saúde suplementar, colaborando para a construção de subsídios que norteiem as práticas dos profissionais que atuam em seguradoras de saúde nos níveis de atenção secundária e terciária em saúde, mantendo o compromisso com a luta pela implementação e sustentação dos Direitos Humanos e em defesa das Políticas Públicas.

Essa publicação é, assim, fruto de todo um trabalho coletivo que vem sendo desenvolvido dentro da Comissão de Psicologia Hospitalar. Sentimo-nos realizadas por termos materializado parte do trabalho desta comissão, que vem sendo realizado desde 2019 dentro do CRP/18 MT. Assim, seguimos insistindo na sustentação do nosso desejo pelo trabalho que se faz ao destacar a pluralidade técnica e metodológica do nosso campo, respondendo às demandas contemporâneas de forma ética, para seguir promovendo o fortalecimento da Psicologia Hospitalar em nossa região.

Grupo de Trabalho (GT) da Comissão de Psicologia Hospitalar

1º Encontro de Psicólogas/os Hospitalares de Mato Grosso

O HOSPITAL GERAL E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: ANTIGOS OBSTÁCULOS, NOVOS DESAFIOS

Reginaldo Silva de Araújo

Resumo:

Este trabalho objetiva desenvolver uma reflexão em torno de algumas questões presentes no papel do Hospital Geral na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), discutidas a partir da perspectiva do campo da saúde coletiva e que se configuram como enormes desafios para gestores e profissionais de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Desse modo, buscar-se-á historicizar brevemente o papel atribuído ao Hospital Geral a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica e sua reconfiguração como unidade estratégica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O texto faz um alerta, afirmando que há possíveis movimentos políticos no país que sugerem a remontagem dessa unidade de saúde para uma nova configuração, ou seja, com características encontradas nos manicômios asilares presentes nos tempos sombrios da ditadura militar. Por último, a partir de leituras de pesquisas e outros estudos, discute-se algumas práticas de cuidado em saúde mental presentes em um Hospital Geral que, de fato, apontam para a necessidade de aperfeiçoamentos, bem como de reflexão crítica sobre a reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil.

Palavras chave: Hospital Geral; RAPS; Saúde Mental; SUS.

O Hospital Geral na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A garantia de leitos de saúde mental em Hospital Geral é parte do serviço que compõe a Atenção Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A referida Rede, prevista nas legislações da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde no Brasil — Portaria GM/MS 3.088/2011 e Portaria de Consolidação nº 03/2017 —, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados a problemas de saúde mental e às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2025).

A inclusão de leitos em hospitais gerais — conforme preconizam as legislações publicadas a partir da criação do SUS, em 1988 — objetiva garantir a atenção integral e imediata aos usuários em crise. Essa mudança expressa um marco importante, conferindo cidadania, direito ao acesso, atenção à crise e possibilidade de melhoria na qualidade do cuidado prestado a esse público, que até então era marcado apenas por intervenções de caráter custodial, iatrogênicas e excludentes (Cruz *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o hospital geral se constitui como mais um ponto de atenção. Deste modo, fazem parte da RAPS: a Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o SAMU e o Centro de Convivência e Cultura.

Ainda em relação à Rede de Atenção Psicossocial, cabe lembrar que entre suas principais diretrizes encontram-se: a) o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; b) a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da

saúde; c) o combate a estigmas e preconceitos; d) a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; e) a atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; f) o desenvolvimento de estratégias de redução de danos, entre outras (Brasil, 2025).

Um breve histórico sobre loucos, miseráveis, libertinos, devassos e hereges tornarem-se enfermos a serem cuidados a partir das ciências médica

O espaço hospitalar na Europa, até metade do século XVIII, caracterizou-se como instituição filantrópica, caritativa e religiosa. Todavia, a partir desse período, os hospitais, em algumas regiões desse continente, adotam novos paradigmas, tornando-se espaços medicalizados, com a função de curar doenças sob a ação do médico. Neste sentido, a clínica médica, baseada na observação dos sinais e sintomas das enfermidades e dos doentes, surgiu com o intuito de classificar as doenças e, assim, conhecê-las e propor formas de tratamento padronizadas, tornando o hospital um instrumento importante na evolução das ciências médicas (Amarante, 1996).

Será nesse contexto, no processo de reconhecimento e classificação de sinais e sintomas clínicos do adoecimento, que a *loucura* passou a ser concebida como doença e, dessa forma, passível de ser tratada e curada, tal como as doenças físicas. Bezerra (2008, p. 13) adverte que: “Até então, a loucura era um fenômeno de cunho moral ou divino e somente passou a pertencer ao âmbito das enfermidades, campo próprio da Medicina, na virada do século XVIII para o XIX”.

A mudança dessa visão teve como precursor o psiquiatra francês Philippe Pinel (1745-1826). Esse médico consagrou-se ao anunciar a origem do “*alienismo*” e, posteriormente, da Psiquiatria - como a primeira especialidade médica. Entre as diversas interpretações e “*novidade*” proposta por Pinel, a de maior impacto foi o ato em que “libertou os

loucos dos grilhões das antigas Santas Casas de Misericórdia, propondo, pela primeira vez, a criação de uma instituição com o objetivo de tratar a loucura” (Bezerra, 2008). A ação do psiquiatra francês Pinel ao criar o manicômio ou asilo possibilitou à Psiquiatria o campo (espacial e, principalmente, ideológico) que delimitaria sua prática, seu saber e seu objeto (Bezerra, 2008).

Michel Foucault (2005), ao dedicar-se aos estudos sobre a história da loucura e, conseqüentemente, sobre o surgimento do hospital no século XVIII, identificou, a partir do Estado francês, o movimento de internar todos aqueles que estavam à margem da razão: *loucos, miseráveis, libertinos, devassos, hereges etc.* Foucault (2005) argumenta que, até metade desse século, os hospitais gerais funcionavam como hospedarias, sem nenhum cunho terapêutico, cuja função era a do confinamento e da exclusão social dos “desarrazoados”.

Para Foucault (2005), a proposta técnica de intervenção do saber médico – construída pelo médico psiquiatra Pinel – seria uma das mais poderosas correntes de aprisionamento da loucura, na medida em que imobiliza os indivíduos no rótulo de portador de uma doença mental, esvaziando-os de qualquer poder contestador ou reivindicatório de autonomia sobre suas vidas.

Os arrazoados e críticas realizadas por Michel Foucault nortearam, em grande parte, os questionamentos trazidos à tona pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, desde seu início na década de 1970 (Bezerra, 2008).

Do local para tratamento do “louco”: Manicômio e Hospital Geral

Ao propor a defesa da “alienação” como um transtorno das paixões, o médico — reconhecido como pai da psiquiatria moderna — Phillipe Pinel distinguiu que o “louco”, para ser curado, precisava receber

tratamento fora do convívio social. Foi a partir dessa nova compreensão sobre transtornos mentais que os manicômios foram criados como espaços próprios para o tratamento e cura da loucura, dando origem a uma delimitação nosográfica entre Hospital Geral e Manicômio. Dessa maneira, o Hospital Geral passou a ter o papel de promover a cura das doenças do corpo, enquanto o manicômio, das doenças da mente (Paes *et al.* 2013; Amarante, 2011). Essa fragmentação do modelo de assistência hospitalar foi determinante para a construção dos modos de assistência em saúde para as pessoas com transtorno mental, fortalecido pelo modelo manicomial, o qual se tornou hegemônico no tratamento psiquiátrico nos últimos séculos (Paes *et al.*, 2013).

A mudança desse paradigma começou a ocorrer em alguns países em meados da década de 1930. Nos Estados Unidos, por exemplo, o Hospital Geral passou a atender pacientes com transtornos mentais em alas psiquiátricas específicas, no interior do próprio hospital. Para Paes *et al.* (2013), a mudança no modelo assistencial ocorreu para atender a um fenômeno no período pós-2ª Guerra Mundial. Para os autores: soldados e ex-combatentes foram internados no Hospital Geral para tratamento dos agravos físicos e psíquicos. “Adoecimentos que foram produzidos pelo evento da guerra em si, em que muitos dos pacientes apresentavam doenças clínicas e transtornos mentais simultaneamente”. (Paes *et al.*, 2013, p. 408)

Dessa maneira, não demorou muito tempo para que ocorresse, em diversos outros países — especialmente os envolvidos na guerra — a abrangência da psiquiatria nos Hospitais Gerais, dando início à ampliação progressiva da inclusão de aspectos psíquico-comportamentais, sociais e culturais, conjuntamente aos biológicos, na assistência às pessoas com transtorno mental nesses espaços (De Marco *et al.*, 2007).

No Brasil, os primeiros leitos psiquiátricos em Hospital Geral só iniciaram suas atividades na década de 1960, atuando a partir do

modelo manicomial e hospitalocêntrico. Entretanto, a partir da segunda metade da década de 1970, esse modelo, identificado na época como ineficaz, passou a ser questionado e criticado por parte da sociedade brasileira, impulsionado pelo Movimento de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os referidos movimentos exigiram estratégias governamentais que subsidiassem a implantação de um modelo de assistência favorável à ressocialização e à garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental, impulsionando, desse modo, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Amarante, 1996; Pinho *et al.*, 2010).

As iniciativas e lutas sociais tornaram-se fundamentais para impulsionar o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Sobre o Movimento, Amarante (1996) arrazoou afirmando que esse processo histórico de formulação crítica e prática encontra-se fundado não apenas no julgamento conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de luta pela redemocratização (Amarante, 1996).

Ressalta-se que o Movimento de Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica buscou uma:

[...] transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados, seja nas denúncias ao modelo oficial - de caráter predominantemente privatizante e 'hospitalocêntrico' -, seja na elaboração de 'alternativas' inspiradas basicamente em propostas de desospitalização (Amarante, 1996, p. 12)

No contexto, as lutas sociais apresentaram proposições distintas das sugeridas até então, predominantes na década de 1960. Dessa

maneira, abandonam as ideias que objetivavam transformações de caráter exclusivamente técnico e propuseram um projeto que assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico, o que, a partir de então, delineou o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica. Na avaliação de Amarante (1996), os movimentos da época configuraram um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.

Ainda sobre as lutas sociais travadas por transformações na oferta de serviços em saúde mental, Birman (1992) afirma que todos esses movimentos ocorridos no Brasil expressaram “uma maior maturidade teórica e política”, a qual pode ser entendida como uma delimitação mais evidenciada sobre o projeto das transformações em psiquiatria, que transcende a busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontar a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais.

Nesse novo cenário, o conceito de cidadania é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.

Segundo Birman (1992):

Essa maturidade teórica e política é consequência de um deslizamento, de maneira decisiva, do debate técnico e político sobre as distorções, os abusos e a violência presentes na assistência psiquiátrica brasileira, para nos indagarmos sobre um problema mais fundamental, pois perpassa como uma invariante o universo caótico dos

cuidados: a condição de cidadania dos doentes mentais. (Birman, 1992:71-72)

O papel do Hospital Geral a partir das Reformas e da construção do SUS

A Reforma Psiquiátrica, ocorrida em paralelo à Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 1970 e 1980, resultou, em grande parte, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Dimenstein (2006), as mudanças produzidas a partir dessas reformas podem ser consideradas uma das principais inovações da reforma do Estado brasileiro. Sendo assim, foi fruto de um amplo processo de discussão em relação à situação de saúde do país, o qual envolveu o Governo, profissionais de saúde progressistas e a população. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, representa um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção à saúde no Brasil, na medida em que se constituiu como o espaço de negociação e definição do SUS enquanto política nacional.

A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com as legislações publicadas nos anos seguintes, estabeleceu novos paradigmas tanto no modelo de saúde a ser ofertado para a população como nas responsabilidades atribuídas aos entes federados (União, estados e municípios).

As novas legislações, avaliadas por estudiosos e militantes sociais como progressistas e ousadas, foram implementadas em uma conjuntura política governamental marcada por características neoliberais. Contudo, a partir de pressões sociais e lutas promovidas por diversos movimentos populares, construiu-se uma rede de atenção à saúde mental e às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, com vários serviços e programas extra-

hospitalares de base comunitária articulados entre si e com serviços especializados em Hospital Geral.

Entre os avanços mais importantes para a nova configuração do Hospital Geral como parte estratégica na Rede de Apoio Psicossocial está o lançamento da Portaria 2.629/09 pelo Ministério da Saúde, que reajustou a remuneração dos procedimentos realizados nessas unidades. Na avaliação de Paes *et al.*, “A partir desta portaria, pela primeira vez na história da assistência à saúde, os procedimentos de psiquiatria em HG passaram a ser mais bem remunerados do que os procedimentos em Hospitais Psiquiátricos” (Paes *et al.*, 2013, p. 409).

O fortalecimento dessa Rede, desde sua formulação, objetivou superar o modelo manicomial e hospitalocêntrico existente antes da promulgação da Constituição de 1988. Para tanto, foi implantado “(...) um conjunto de opções terapêuticas de modo efetivo, que sirva de referência às pessoas com transtorno mental e sua família e propicie cuidados contínuos ou eventuais em saúde mental à população” (Paes *et al.*, 2013, p. 408).

Salienta-se que o Hospital Geral participa desta rede por meio da implantação e qualificação de leitos psiquiátricos e pela oferta de serviços de emergência psiquiátrica, realizando assim “a articulação entre os serviços de saúde mental da atenção primária e os serviços de emergência psiquiátrica, disponibilizando os leitos de atenção integral” (Paes *et al.*, 2013, p. 408). Desse modo, os serviços psiquiátricos ofertados na estrutura do Hospital Geral têm caráter complementar. Sua função é garantir suporte no atendimento de emergências psiquiátricas, para o manejo de pacientes em crise ou com sintomas psíquicos agudizados. Trata-se de um serviço que oferece facilidade de acesso a exames laboratoriais e de imagem, importantes no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais graves, auxiliando, assim,

na minimização do estigma e do preconceito contra estes indivíduos (Paes *et al.*, 2013, p. 408).

Hospital Geral como unidade estratégica na RAPS: antigos obstáculos, novos desafios

Até recentemente, acreditava-se que os avanços e sucessos alcançados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil poderiam ter convencido os defensores do modelo asilar-manicomial a abandonarem seu ideal sobre como lidar com a “loucura”. Sobretudo, porque os sujeitos e grupos que acreditam e defendem o retorno dos manicômios silenciaram-se — após a promulgação da Constituição Federal de 1988 — por mais de duas décadas. Nesse período, suas críticas e reivindicações apontaram tão somente para as insuficiências ou inconsistências do novo modelo assistencial.

Outra atuação desses grupos prendeu-se à promoção de debates fortemente marcados por questões de natureza epistemológica, teórica e ética. Dessa forma, buscaram produzir formas diversas de resistência às propostas reformistas, que vez ou outra aparecem de forma indireta, como na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de cuidado, na importação acrítica para a Psiquiatria do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso da utilização da nosografia descritiva dos Departamentos de Saúde de Medicina, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias, entre outras situações (Bezerra Jr., 2007).

Contudo, mesmo diante das transformações estabelecidas com os avanços dos serviços e programas ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), movimentos observados a partir de discursos, mas,

principalmente, via alterações recentes na legislação da política de saúde mental no país, demonstram que a ideia de promover o retorno do modelo asilar/manicomial e hospitalocêntrico, típico dos tempos sombrios da ditadura brasileira, continua viva.

Essa hipótese foi defendida recentemente em artigo publicado por Cruz *et al.* (2019) e Sampaio e Branco (2023). Para esses estudiosos, a publicação das seguintes normativas colocou em risco a Política de Redução de Danos (RD) e até mesmo a própria Rede de Atenção Psicossocial: Portaria GM/MS nº 3.588/2017 (reintroduzindo o hospital psiquiátrico como serviço da RAPS); Portaria GM/MS nº 2.434/2018 (aumentando o financiamento das diárias de internação nos hospitais psiquiátricos); e o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (que ampliou a política de apoio e incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas). Além dessas mudanças legislativas, soma-se ainda a decisão informada na Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, referente à suspensão do credenciamento de novas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que, na avaliação desses pesquisadores, tais alterações impactaram imediatamente o acesso ao cuidado em saúde mental na atenção básica, criando ambientes de absoluta insegurança para os usuários que buscam serviços nessa área (Cruz *et al.*, 2019; Sampaio e Branco, 2023).

Esses movimentos, desencadeados por alterações na legislação e comunicados técnicos do Ministério da Saúde durante o governo de Jair Messias Bolsonaro, corroboram a hipótese de existência de um projeto político para reconfigurar o papel das unidades de saúde voltadas à população demandante dos serviços de saúde mental. Arrisca-se, inclusive, afirmar que referido projeto propõe um modelo semelhante ao vigente no Brasil antes da Constituição Federal de 1988, ou seja, um

modelo centrado em hospitais gerais e outras unidades similares aos antigos manicômios asilares.

Além das ameaças impostas pela conjuntura política do país – marcada, especialmente, pela ocupação de cargos no Governo Central (Presidência da República e Ministérios), assim como nas casas do Poder Legislativo (Senado Federal e Câmara dos Deputados) –, há outros obstáculos e desafios identificados no funcionamento das estruturas existentes no Hospital Geral dentro da RAPS, que precisam ser debatidos e enfrentados:

O primeiro obstáculo identificado está na dificuldade de interação do Hospital Geral com a rede de serviços em saúde. Dessa forma, alguns estudos apontam a ocorrência de desarticulação entre o Hospital Geral e os demais pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Tal situação representaria uma ameaça ao papel do Hospital Geral e, conseqüentemente, de toda a rede substitutiva da RAPS, à medida que desencadeia uma necessidade de manter as estruturas para garantir o acesso e o manejo em situações de crise.

Na avaliação de alguns estudiosos, a superação desse empecilho exigiria a integralidade no cuidado em saúde mental, por meio de uma relação dialógica entre os espaços dentro e fora dos serviços, articulação entre a RAPS e as Redes de Atenção à Saúde, interdisciplinaridade nas práticas de saúde e intersetorialidade (Lima e Guimarães; Silva *et al.*, apud Sampaio e Branco, 2023).

Outra barreira identificada para o Hospital Geral desempenhar seu papel dentro da RAPS está relacionada ao comportamento cultural dos profissionais atuantes na unidade. Assim, algumas pesquisas apontam que há uma cultura praticada no ambiente hospitalar que hierarquiza os serviços oferecidos pelo Hospital Geral e pelo Hospital Psiquiátrico.

Sampaio e Branco (2023), por exemplo, em pesquisas recentes realizadas junto a profissionais de saúde de um hospital geral público que atuam em equipe e em rede com usuários da saúde mental na região Nordeste, observaram que:

“Foi bastante recorrente o entendimento da equipe hospitalar de que o hospital psiquiátrico é o principal responsável pelo cuidado do paciente em sofrimento psíquico intenso. Depreende-se, desse modo, que a RAPS do município analisado ainda não é plenamente substitutiva ao manicômio”.

Ainda sobre essa percepção, alguns pesquisadores argumentam que: “A compreensão de que o usuário deve ser referenciado para o hospital psiquiátrico fortalece a centralidade que ele ocupa no cuidado em saúde mental e reafirma a fantasia social acerca da necessidade da existência dessa instituição” (Quinderé *et al.*, apud Sampaio e Branco, 2023, p. 1993). Além disso, essa transposição de responsabilidades para o hospital psiquiátrico resulta na manutenção do status quo e de uma lógica manicomial.

Na leitura de Dimenstein:

(...) Há um desejo de ter esse usuário da saúde mental, que é tido como totalmente diferente de mim, afastado de um convívio próximo e sob a tutela de uma instituição que é percebida como especialista em devolver à normalidade, o que resulta no fortalecimento de processos de institucionalização da vida e estigmatização dessas pessoas que, historicamente, carregam a marca da exclusão (Dimenstein apud Sampaio e Branco, 2023, p.194).

Um terceiro empecilho percebido, que dificultaria o Hospital Geral em desempenhar seu papel na RAPS, está na conduta de alguns profissionais que ignoram o entendimento de que o cuidado integral em saúde mental exige também uma inter-relação e integração com os demais setores disponíveis, como educação, trabalho, saúde e assistência social (Dias *et al.*, 2020).

Sobre essa questão, Bermudez e Siqueira-Batista (2017) afirmam que é a partir do reconhecimento da pluralidade de determinantes que atravessam o sujeito que se torna possível traçar um plano de cuidado capaz de superar práticas produtoras de exclusão social, considerando tanto questões de saúde quanto sociais, educacionais e laborais.

Para Sampaio e Branco (2023): o funcionamento do Hospital Geral como um sistema fechado em si mesmo fragiliza o estabelecimento de canais de comunicação intersetoriais, impacta a qualidade da assistência, bem como reduz o potencial de inclusão social e dos projetos de vida dos usuários.

Um quarto e último obstáculo a ser destacado diz respeito à organização das práticas de saúde do hospital, pautada numa visão dicotômica de doença versus cura e, conseqüentemente, caracterizada pela presença do reducionismo biológico. Sampaio e Branco (2023) concluíram, a partir dos depoimentos e entrevistas concedidas por profissionais de saúde atuantes no Hospital Geral, que esses profissionais admitem negligenciar o cuidado em saúde mental dos pacientes durante o internamento.

Sampaio e Branco (2023) demonstraram, ainda por meio de entrevistas, que haveria, nos discursos dos profissionais, um descompromisso social (Dimenstein, 2001) para com os usuários do SUS. Assim, os autores mostram que há uma postura explícita de alguns servidores do Hospital Geral em “livrar-se” do usuário o mais rapidamente possível. A explicação para essa conduta estaria no fato

de os profissionais temerem que o paciente “dê trabalho”, “volte a ter um surto”, ou permaneça no ambiente hospitalar, “perturbando”. Os pesquisadores concluem que se trata, no âmbito hospitalar, de “uma visão unidimensional, que não considera o paciente em sofrimento psíquico como um sujeito dotado de direitos, necessidades e potencialidades” (Sampaio e Branco, 2023, p. 195).

Ainda, segundo esses autores:

Nessa concepção, o sujeito passa a ser o joelho quebrado, o cérebro depressivo, o coração infartado etc. Trata-se de uma assistência relacionada exclusivamente à identificação dos aspectos físicos e condições orgânicas, excluindo o sofrimento psíquico e seus impactos no processo saúde-doença, uma vez que a subjetividade é compreendida como fora dos parâmetros biomédicos do atendimento emergencial. A consequência desse modelo biomédico é a excessiva medicalização, o fechamento para o diálogo com outras áreas para um olhar ampliado que reconheça as demais necessidades do paciente e assujeitamento dos usuários atendidos (Bedin; Scarparo apud Sampaio e Branco, 2023, p.195).

Os problemas e obstáculos identificados acima apontam que as estruturas do Hospital Geral carecem, notadamente, de *formação adequada de recursos humanos*. Grande parte dos novos profissionais da rede é composta por jovens que não vivenciaram o processo de luta política e ideológica associado à criação do movimento antimanicomial. Muitos desses profissionais atingiram a idade adulta em um contexto nacional no qual as grandes bandeiras de transformação política já pertenciam ao passado, sendo um período em que a própria esfera

política começou a passar por um esvaziamento, tendência que apenas se acentuou desde então.

Para Bezerra Junior (2007):

A primeira geração de profissionais envolvida na construção da Reforma, o pano de fundo político e ideológico em que esta construção se dava era claro, até porque ele abarcava várias outras áreas da vida social, como a luta contra os resquícios do regime militar e os movimentos reivindicatórios de setores sociais. O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a Reforma, impõe de modo constante. (Bezerra Jr, 2007, 245).

Isso implica não apenas compreender e colocar em prática as políticas e modelos propostos, mas também desenvolver a capacidade de autorreflexão e de reavaliar constantemente o impacto que o trabalho cotidiano nas atividades assistenciais exerce sobre a própria subjetividade – sendo esta a única forma de combater os insidiosos “manicômios mentais”, que se mostram ainda mais resistentes à mudança justamente por não serem objetivos, mas sim enraizados em padrões cognitivos e pautas afetivas profundamente internalizadas.

As novas formas de organização das equipes, a transformação dos papéis atribuídos aos técnicos, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, bem como o entrelaçamento entre estratégias de cuidado e estratégias de responsabilização ou interpelação do sujeito, são todos temas cruciais

para a formação de profissionais capazes de conduzir o processo de transformação defendido pelo ideário da Reforma Psiquiátrica (Bezerra Junior, 2007).

A construção de uma nova política assistencial apresenta desafios que requerem uma nova sensibilidade cultural diante do tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover uma desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura da pessoa com sofrimento mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode assumir, fundamentado em uma atitude de respeito, tolerância e responsabilidade para com aqueles cuja normatividade psíquica encontra-se restringida. Talvez esse seja o maior desafio enfrentado pelos hospitais gerais na Rede de Atenção Psicossocial.

Resumidamente, o desafio imposto pela consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica – elemento indispensável à superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho (como a desvalorização do servidor público e investimentos inferiores ao necessário) – e também para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais ao seu redor. Só assim é possível manter a esperança de construir uma nova atitude epistemológica e ética diante do fenômeno da loucura.

Considerações finais

Ao concluir, afirma-se que, apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, é fato que o cenário psiquiátrico brasileiro vem mudando significativamente. A

Rede de Atenção Psicossocial conta atualmente com profissionais atuando, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), presentes em todos os municípios do país. Esta rede tem promovido profundas transformações em toda a estrutura da assistência à saúde mental, substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, marcado por características excludentes, opressoras e reducionistas. Em seu lugar, vem sendo construída uma assistência orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde — universalidade, equidade e integralidade —, acrescida da proposta de desinstitucionalização, cujo alcance transcende os limites das práticas de saúde, atingindo o imaginário social e formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

Neste breve texto, aceitou-se o desafio de abordar o percurso histórico do hospital geral como unidade estratégica dos serviços oferecidos, de forma complementar, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como discutir seu papel e as práticas de cuidado destinadas às pessoas com sofrimento mental e/ou necessidades advindas do uso problemático de álcool e outras drogas. Convoca-se, assim, a uma reflexão crítica sobre a reforma psiquiátrica, atravessada por um contexto sociocultural, ético e político em constante transformação.

Ao longo do artigo, buscou-se historicizar, de forma sucinta, o papel atribuído ao hospital geral a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, e sua reconfiguração como unidade estratégica na RAPS. Abordou-se, ainda, com respaldo em alguns estudos, que a publicação de portarias, decretos e notas técnicas emitidas por gestores do governo federal (Presidente Jair Messias Bolsonaro), entre janeiro de 2019 e dezembro de 2022, representaria possíveis movimentos políticos que anseiam pela retomada de unidades atuantes em saúde mental com características asilares. Por fim, discutiu-se, a partir de diferentes pesquisas, as práticas de cuidado em saúde mental presentes no

hospital geral, evidenciando fragilidades na interação com a RAPS. Em síntese, apresenta-se brevemente sugestões para o enfrentamento e superação dos problemas discutidos, bem como aponta-se alguns desafios para a materialização dos propósitos trazidos na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. C. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 142.

BERMUDEZ, K. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais da saúde mental. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.

BEZERRA JR., B. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BEZERRA, D. S. O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acessado em 05 de março de 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acessado em: 05 mar. 2025.

CRUZ, K. D. F.; GUERRERO, A. V. P.; VIEIRA, N.; SCAFUTO, J. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista NUFEN*, v. 11, n. 2, p. 117-132, 2019.

DE MARCO, M. A.; CITERO, V. A.; MARTINS, L. A. N. Revisando conceitos: o papel da psiquiatria moderna no hospital geral e na atenção primária. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n. 2, p. 188-198, jun. 2007.

DIAS, M. K.; FERIGATO, S. H.; FERNANDES, A. D. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 595-602, 2020.

DIMENSTEIN, M. Psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 21. ed. São Paulo: Ed. Graal, 2005.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2004.

LARROBLA, C.; BOTEGA, N. J. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1042-1048, dez. 2006.

PAES, M. R.; SILVA, T. L.; CHAVES, M. M. N.; MAFTUM, M. A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun. 2013.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PINHO, L. B.; BAÑÓN HERNÁNDEZ, A. M.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 1, p. 28-35, jan. 2010.

SAMPAIO, M. L.; BRANCO, A. B. A. C. Cuidado em Saúde Mental no Hospital Geral: Trabalho em Equipe e em Rede. *Id on Line Revista de Psicologia*, v. 17, n. 65, p. 190-202, fev. 2023. ISSN: 1981-1179.

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMO UM CONTEXTO TRADICIONAL DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

Aline Mercedes Fonseca Ramminger

O presente texto foi construído a partir de uma fala no II Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso, que aconteceu em julho de 2022, no Hospital de Câncer de Mato Grosso. Na ocasião, fui convidada a compor a mesa sobre práticas tradicionais de atuação, tendo como recorte a atuação do psicólogo hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O tema da mesa objetivava articular com as práticas entendidas como emergentes, em decorrência das demandas contemporâneas de cuidado em saúde, em especial as que emergiram no contexto de pandemia em decorrência do novo coronavírus, o SARS-CoV-2, e mobilizaram os profissionais psicólogos a lançarem mão de inovações que corroborassem com as questões contemporâneas, sob o desafio de manutenção de uma atuação ética e embasada metodologicamente.

Apesar de a Unidade de Terapia Intensiva ser considerada um contexto tradicional de atuação do psicólogo hospitalar, a inserção da Psicologia neste setor se deu recentemente, tendo em vista que durante muito tempo a prática médica foi tida como suficiente para atender todas as demandas e necessidades do sujeito. Na contemporaneidade, tem-se compreendido que, para o atendimento integral ao paciente, é necessária a atuação em conjunto, visto que um saber não sobrepõe ao outro; cada saber possui suas especificidades para a atenção integral do sujeito bio-psico-sócio-espiritual (Filho, 2013). Diante deste exposto, a Psicologia se insere nesta possibilidade de atuação, lançando mão de estratégias, com saberes que visam contribuir com a assistência integral prestada ao sujeito em processo de adoecimento.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes em estado crítico que requerem monitorização contínua e suporte avançado das funções vitais. Segundo Knobel (2006), a UTI caracteriza-se pela presença de tecnologia de ponta e por uma equipe multiprofissional altamente especializada, visando à recuperação de pacientes com condições potencialmente reversíveis. Para Machado (2010), a UTI desempenha um papel fundamental na redução da mortalidade hospitalar, oferecendo cuidados intensivos que possibilitam a estabilização clínica e a recuperação de pacientes graves.

Em especial, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conhecida como um setor onde os pacientes que ali são internados necessitam de observação intensa e monitorização contínua, por vezes, é um lugar isolado, onde o doente é resignado aos cuidados da equipe médica, perde sua identidade, transforma-se em número, em caso clínico, deixa de ser responsável por si mesmo, sua doença e vida.

Nesta acepção, Oliveira (2002) e Simonetti (2013) sublinham que, diante da existência de práticas de saúde que se dão em níveis diferentes e interações distintas no transcorrer da internação, o cuidado na UTI não pode ser descontextualizado das características, singularidade e subjetividade do sujeito, sendo essas atravessadas pelo grupo social pertencente, pelo núcleo familiar e cultural da pessoa hospitalizada.

Neste sentido, o papel do psicólogo no contexto hospitalar, em especial na UTI, é de compreensão do que está imbricado à queixa, sintoma e patologia, para uma consideração ampla e integral dos demais fatores que perpassam o adoecimento. Para além disso, o psicólogo deve facilitar a compreensão da família e equipe acerca do processo de adoecimento, indo além dos aspectos fisiológicos, observando e escutando as falas e o silêncio do paciente para possibilitar o confrontar-se com a angústia, medo e sofrimento que circunscrevem o adoecer (Porto e Lustosa, 2010).

Tão logo, o psicólogo é ponte de conexão entre equipe, paciente e família; resguarda e preza pela compreensão e assistência das emoções do paciente. Sobretudo na UTI, o paciente fica isolado do mundo e do seu convívio. Seu corpo está sob a tutela médica, em um espaço diferente e distante da sua rotina habitual, bem como do convívio familiar (Porto e Lustosa, 2010).

Cientes disso e da magnitude do processo de internação na UTI, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo projetos que têm a intenção de orientar quanto às melhores práticas para o cuidado e segurança do paciente nos hospitais do SUS, tendo como objetivo não apenas as questões técnicas e metodológicas do cuidado, mas também priorizar e captar ideias de todos os componentes da equipe, potencializar o envolvimento do paciente e da família nas ações de cuidado e incluir o tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde. Sobre o envolvimento dos familiares no cuidado ao paciente internado, temos observado os hospitais buscando inserir a família no cuidado do paciente junto à equipe, fortalecendo a participação dos familiares e do paciente na tomada de decisões sobre o seu tratamento, levando em consideração a relação do paciente com o adoecer que afeta o corpo, e que é envolvida por toda particularidade de sua organização psíquica (Ministério da Saúde, 2018).

A inserção da família no contexto de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) transpõe os procedimentos técnicos e cuidados fisiológicos com o paciente, uma vez que as relações familiares e a estrutura familiar possuem ligação direta com a dinâmica psíquica do sujeito. Logo, o contexto de internação é demarcado pela singularidade e subjetividade, ainda que por diversas vezes estas se encontrem negligenciadas frente ao modelo biomédico e modelo de assistência vigente no Brasil.

No que tange à equipe, o Ministério da Saúde salienta a relevância da atenção acerca dos cuidados referentes às técnicas e manejos do paciente, com intuito de redução dos índices de infecções. Salienta ainda que compete à equipe realizar a inserção familiar no contexto da UTI e ofertar o acolhimento e a aproximação da família com o paciente, dando orientações de cuidados que a família pode exercer neste espaço (Ministério da Saúde, 2018).

Neste sentido, percebe-se que estamos às voltas com o tripé paciente-família-equipe, uma vez que as questões subjetivas neste contexto se entrelaçam nessa tríade. Desse modo, é preciso considerar a subjetividade e a forma como a equipe multiprofissional vivencia a interação e integração familiar na Unidade de Terapia Intensiva.

Frente a isso, é importante tecermos propostas de atenção e cuidado às questões subjetivas na saúde que se voltem não só para o paciente e família, mas para a equipe também. Trata-se, portanto, de uma atenção e suporte que contextualize o tripé, e a Psicanálise é uma via que possibilita a compreensão das questões subjetivas desses atores, pois se ocupa de todas as expressões e singularidades humanas, através de uma escuta diferenciada (Victor e Aguiar, 2011).

Considerando isso, a Política Nacional de Humanização orienta ações acolhedoras e humanizadas, que contribuam para a construção de atendimento integral, proporcionando a valorização do ser humano, trazendo um novo olhar para a assistência em saúde, dando lugar à singularidade que contempla o indivíduo como único, inserido em um contexto familiar e social, que vivencia o processo saúde-doença de sua própria maneira (Ministério da Saúde, 2018).

Diante da demanda desse contexto, a partir do momento que é possibilitado à família e ao paciente maior participação e autonomia no que diz respeito ao tratamento, é aberto, paralelamente, espaço de diálogos e questionamentos das práticas de saúde ofertadas ao

paciente, o que reverbera em uma grande questão presente no trabalho entre equipes: as relações interpessoais. Ao inserir a família na rotina de cuidado, o olhar sobre a prática do profissional passa a ser presença constante, que, por vezes, pode constatar as limitações da equipe, causando a sensação de incômodo e desconforto.

Concomitante a esse desconforto presente na cena, um estudo feito por Urizzi e Corrêa (2007) aponta que, ao vivenciar a internação na UTI, o familiar desenvolve diferentes formas de perceber o paciente, lendo suas expressões, gestos e até os aparelhos. Leitura esta que possibilita maior recurso para o empoderamento e participação nos cuidados de saúde.

Um estudo realizado por Lucchesi, Macedo e Marco (2008) aponta que, além da família, a equipe também vivencia e sofre com várias situações estressantes, como as solicitações frequentes dos pacientes, o contato com a dor e o processo de morte, a dificuldade de comunicação nas relações interpessoais e a intensa jornada de trabalho.

Já o paciente, ao assumir esse lugar na estrutura médica, paga com sua subjetividade. Ao nos referirmos à estrutura médica, estamos dizendo da ordem médica, que pode ser um lugar ocupado por uma pessoa, um grupo de pessoas ou uma instituição, revestidos de conteúdos específicos que se caracterizam por um saber racional e científico, esperando que o paciente ocupe o lugar de objeto do saber médico e a doença como um inimigo invasor, externo ao sujeito. A subjetividade não ocupa nenhum lugar nesta estrutura, não por ser considerada desimportante, e sim de pouco valor científico. Quando aparece, é vista como algo que atrapalha e precisa ser encapsulada, retirada de cena (Simonetti, 2018).

Um estudo realizado por Martins *et al.* (2008) demonstrou que, ao falar dos familiares dos usuários hospitalizados na UTI, os trabalhadores transportavam suas ideias para situações de suas próprias famílias.

O significado atribuído pelos trabalhadores à sua própria família era semelhante ao significado atribuído, ou que eles esperavam, dos familiares dos usuários.

Um estudo realizado por Bonaldi *et al.* (2007) demonstra que, por vezes, a prática de um profissional se sobrepõe à prática do outro, fazendo com que apareçam na equipe apenas os diferentes especialistas de uma mesma categoria, como, por exemplo, da classe médica. O estudo traz ainda que, quando há o sentimento de que os diferentes trabalhadores são essenciais para a construção do cuidado, reforça-se a noção de pertencimento à equipe de saúde, influenciando a produção de uma outra forma de comprometimento que rompe as barreiras de um único saber específico.

O significativo contato com a família pode aproximar o profissional do paciente, facilitando adicionar ao cuidado outros elementos que ultrapassem a visão estritamente biológica. No entanto, no contexto da UTI, o profissional busca se afastar dessa relação por não apresentar condições subjetivas para criar estratégias de atendimento à família, permanecendo uma lacuna que é preenchida por uma visão da morte enquanto amedrontadora e inimiga, e raramente é vista como parte do existir humano de cada um de nós (Urizzi e Corrêa, 2007).

As mobilizações emocionais demandaram uma reorganização e reestruturação tanto da prática profissional quanto da posição de sujeito, tendo em vista que, a partir da observação das relações e vivências entre familiar e paciente, acaba mobilizando e atualizando questões pessoais significativas para os membros da equipe, reverberando, por vezes, intenso sofrimento psíquico. Um estudo realizado por Rego (2006) aponta que a morte é vista por muitos profissionais da saúde como um fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que tanto o processo de formação quanto o contexto sociocultural reforçam e potencializam a ideia de combate,

influenciando para que a terminalidade mobilize sentimentos de medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha.

Corroborando com este estudo, Machado (2014) discorre que, quando o profissional de saúde não consegue evitar a morte, no contexto hospitalar, entra em contato com o sentimento de frustração e derrota. Pontua ainda que aspectos como a idade do paciente e a causa da morte podem ser significativos potencializadores de sentimento de tristeza diante da morte de um paciente. Para Vieira e Marques (2012), o fato de a equipe, por vezes, se esquecer da família e cuidar apenas do corpo doente, advém da evitação em falar sobre a possível morte, justamente por remeter ao apontamento de um lugar de não saber, colocando a equipe em uma posição subjetiva de impotência.

Lucchesi, Macedo e Marco (2008) apontam que fatores como o desgaste emocional, a responsabilidade de cuidar, o medo de cometer erros, o cansaço e as difíceis relações estabelecidas nas equipes multiprofissionais descortinam um cenário psicodinâmico complexo sobre os profissionais de saúde, mobilizador de um estado de penosidade ocupacional e repercussões psicológicas significativas no sujeito e em sua relação com os pacientes, família e demais membros da equipe.

Durante o processo de adoecimento e nos casos de terminalidade, o paciente pode vivenciar um sofrimento físico e espiritual, demandando, em muitos casos, uma importante participação da família no processo de adaptação e acolhimento ao doente. Além do suporte profissional, o envolvimento da família e amigos pode ser importante fator de segurança e confiabilidade para o paciente (Reis e Reis, 2007; Braga *et al.*, 2010).

Uma outra demanda presente neste contexto de atuação corrobora um estudo realizado por Lucchesi, Macedo e Marco (2008), no qual os autores apontam que pacientes internados na UTI podem apresentar quadros de confusão mental que podem ter causas orgânicas, como: desequilíbrios eletrolíticos, alterações renais, cerebrais, infecções, etc.

No entanto, as influências do ambiente com presença de luminosidade constante, ruído dos aparelhos, procedimentos invasivos, falta de privacidade, desconforto e as privações sensório-motoras podem ser potenciais para as alterações mentais do paciente.

A implantação de ações que busquem a orientação do paciente no tempo e espaço, a facilitação do reconhecimento do sujeito no ambiente em que este se encontra, através de comunicação efetiva — principalmente com a presença e auxílio de algum familiar nesse processo —, deve ser objetivo constante da equipe de saúde (Rodrigues e Massaroli, 2011).

Ainda de acordo com os autores citados, o desenvolvimento de ações que visem o controle e o conforto da dor, menor sedação, desmame da ventilação mecânica, mobilização precoce e comunicação com a família são pilares essenciais para a prevenção de confusão mental.

A família também pode apresentar alterações psicológicas diante do processo de adoecimento, com mobilização de sentimentos diversos, que vão desde uma superproteção e extrema demonstração de amor até uma culpa e hostilidade, podendo reverberar nos vínculos e relações familiares. Em decorrência da preocupação da família, relacionada à necessidade de tomada de decisões de ordem prática, como manter o funcionamento da casa e as questões financeiras, o desgaste emocional pode se fazer presente e, para poupar o paciente, acabam bloqueando o canal de comunicação, causando um distanciamento e, conseqüentemente, o sentimento de impotência pelo paciente, quando este não é colocado a par das informações e do seu tratamento (Bucher-Maluschke *et al.*, 2014).

Corroborar o estudo realizado por Vieira e Marques (2012), em que os autores ressaltam a importância da presença da família na UTI, tendo em vista que estes promovem conforto e suporte ao doente e demais familiares. No entanto, chamam atenção para o fato de que

o ambiente da UTI é algo natural para a equipe, porém pode ser algo estranho, intenso e ameaçador para a família. A Política Nacional de Humanização indica a inclusão da família nas práticas de saúde como foco de cuidado, assim como participação importante no processo de tratamento e recuperação do paciente (Marcel *et al.*, 2008).

No trabalho do psicólogo que possui base psicanalítica, a escuta analítica é considerada a forma como o sujeito narra e elabora sua vivência e sua experiência subjetiva de adoecimento. Na contramão dessa forma de cuidado, faz-se presente a medicina, que é convocada pelos ideais sociais a atender processos de adoecimento, sofrimento e morte, mobilizando uma busca contínua pela excelência e avanços tecnológicos constantes. As instituições hospitalares e o saber médico têm um compromisso com o processo de cura, e a morte se apresenta como uma ameaça a essa função previamente posta. Não oferecendo a cura ao paciente, não resta mais nada a oferecer, o que ocasiona sentimento de fracasso (Camom *et al.*, 1995).

O médico é colocado, pelo paciente e família, em um lugar de suposto saber, sendo esperado deste uma resposta para o alívio do sofrimento, que nem sempre existe. Uma idealização é endereçada à figura do médico como alguém que possui saber ilimitado, sobre o qual são depositadas inúmeras expectativas. Este, por vezes, encontra na via da religião a possibilidade de se reconhecer enquanto faltante (Lacan, 1998).

No que diz respeito ao processo de luto, este é vivenciado enquanto uma reação a algo que foi perdido, porém não está essencialmente relacionado à perda de um ente querido, mas sim a algo que adote as mesmas dimensões. Dito isto, o luto não diz respeito exclusivamente à morte em si, mas principalmente ao grau de investimento e vínculo entre o sujeito e o objeto ou pessoa perdido, confirmando o que foi observado nas narrativas, onde a aproximação entre equipe e família, a

partir da permanência familiar dentro da UTI, mobilizou o estreitamento dos vínculos afetivos. Isso, conseqüentemente, influencia em uma maior reação diante do luto dentro da unidade (Freud, 1915). O luto exige um tempo de elaboração, mas o sujeito precisa se manter ativo, produtivo e vigoroso.

Em “Luto e Melancolia”, Edler (2014), em sua releitura de Bauman, traz para discussão questões como a globalização, a busca de um eu socialmente valorizado, a evolução da ciência, o capitalismo e o consumo como componentes mobilizadores de uma vida líquida, na qual a alta velocidade não dá espaço para o processo de adoecimento. O morrer, que antes acontecia no aconchego do lar, passa a ser institucionalizado; por vezes, ao invés de um estreitamento, ocorre uma lacuna nos vínculos familiares. O não dito afasta o paciente dos acontecimentos familiares e, nesse processo de perda de controle, só resta ao sujeito adoecido um espaço indiferenciado do lixo.

Ao apontar os aspectos psicológicos em torno do processo de adoecimento, Simonetti (2004) faz uma adequação de possíveis causas psicológicas da doença para a subjetividade presente em toda doença. Dessa forma, a doença passa a ser vista em sua dimensão biopsicossocial, de maneira inter-relacionada com toda a complexidade que lhe é inerente. A partir dessa noção, toda doença exige um olhar para todos os aspectos da subjetividade humana que compõem a dinâmica psíquica de um sujeito, independentemente de serem aspectos causadores, conseqüentes ou mantenedores da doença.

Ao pensarmos a dinâmica psíquica do sujeito, é importante considerar as inter-relações existentes entre paciente, família e equipe como aspecto influenciador nos processos de subjetivação e, conseqüentemente, nas questões relacionadas ao adoecer, que afeta o corpo atravessado pela subjetividade. Dito isto, é impossível não olhar

para os possíveis efeitos, sejam eles quais forem, da participação da família na condição clínica do paciente.

O corpo a que se refere a psicanálise, a partir da articulação da teoria da sexualidade, ultrapassa o somático: é o corpo enquanto objeto para o psiquismo, o corpo da representação inconsciente, o corpo investido numa relação de significação, inserido na linguagem, na memória, construído em seus fantasmas e em sua história (Freud, 1905).

O corpo impõe permanentemente ao psiquismo o trabalho de ser representado; esse mesmo processo devolve ao corpo biológico sua dimensão de pertencente a uma realidade exterior ao eu. A família, enquanto parte da história do sujeito e da sua cadeia de significações, facilita a reorganização psíquica do indivíduo quando este se encontra em estado de confusão mental — especificamente, neste caso, dentro de uma UTI — devolvendo ao psiquismo a representação corporal e, conseqüentemente, o pertencimento à realidade exterior do eu (Lazzarini e Viana, 2006).

Os achados teóricos e clássicos (Simonetti, Camom, Figueiredo, Moretto, entre outros) da Psicologia Hospitalar debruçam-se sobre a compreensão e a análise da subjetividade do sujeito em processo de adoecimento dentro do contexto hospitalar. No entanto, o que chama atenção nesta pesquisa é a escassez de estudos voltados para a compreensão dos aspectos subjetivos do profissional que oferece cuidado a esse sujeito — aquele que está às voltas com o adoecer e sua família —, considerando que a psicologia hospitalar pauta sua prática no tripé: paciente, família e equipe, cada um compondo um dos ângulos desse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonaldi, Cristiana; Gomes, Rafael da Silveira; Louzada, Ana Paula de Figueiredto;Pinheiro, Roseni. (2007). *O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Braga, Estefânia Maria, Ferracioli, Karla Montagnini, Carvalho, Rosângela Cristina de, Figueiredo, Glória Lúcia Alves. (2010). *Cuidados Paliativos: A enfermagem e o doente terminal*. Investigação, v. 10, n. 1, p. 26-31. Recuperado em 07 de fevereiro de 2010, de <http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/150/107>.

Bucher-Maluschke, Júlia Sursis Nobre Ferro, Fialho, Roberta Barreira Massler, Pedroso, Janari da Silva, Coelho, Jane Alves, e Ramalho, Juniana de Almeida Mota. (2014). *Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico*. Revista do NUFEN, 6(1), 87-108. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217525912014000100005&lng=pt&ptetlng=pt.

Camom, Waldemar Augusto Angerami, Trucharte, Fernanda Alves Rodrigues, Knijnik, Rosa Berger, Sebastiani, Ricardo Werner. (1995). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. 2º. ed. São Paulo: Pioneira. (Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais. Psicologia).

Edler, Sandra. (2014) *Luto e Melancolia. à sombra do espetáculo*. 2º ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

Freud, S. (1972). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (J. Salomão, Trad.) Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. (Vol.VII, pp. 123- 252). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Originalmente publicado em 1905).

Filho, Raul Albino Pacheco. (2013). A psicanálise na saúde pública: Há alianças possíveis? *A peste*, São Paulo, v. 5, no 1, p. 11-15, jan./jun.. Recuperado de file:///F:/Aline/Aline/Downloads/27906-73533-1-SM%20(1).pdf.

Lacan, Jacques. (1998) Escritos. Ribeiro V, trad. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 14.

Lazzarini, Eliana Rigotto, e Viana, Terezinha de Camargo. (2006). *O corpo em psicanálise*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22(2), 241-249. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>.

Lucchesi, Fátim, Macedo, Paula Costa Mosca, e Marco, Mario Alfredo De. (2008). *Saúde mental na unidade de terapia intensiva*. Revista da SBPH, 11(1), 19-30. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&lng=pt.

Knobel, E. *Condutas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

Machado, Erica. (2014) *O luto no contexto hospitalar*. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0878.pdf>.

Martins, Josiane de Jesus, Nascimento, Eliane Regina Pereira do, Geremias, Cláudia Koch, Scheneider, Dulcineia Ghizoni, Schweitzer, Neto, Hilário Mattioli. (2008). *O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008;10(4):1091-101. Recuperado de <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a22.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). *Lançamento do projeto: melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil*. Governo Federal. Brasília. Recuperado de file:///C:/Users/pc/Downloads/Melhorando-a-Seguranca-do-Paciente-em-LargaEscala- no-Brasil.pdf.

Oliveira, Eliane Caldas do Nascimento. (2002) *O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia*. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 22, n. 2, p. 30- 41, Jun. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=en&lng=iso.

Porto, Gláucia; Lustosa, Maria Alice. (2010) *Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos*. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, jun. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007&lng=pt&lng=iso.

Ramos, Márcia Ziebell. (2012.) *Para Pensar Dispositivos Analíticos na Prática da Psicologia na Saúde e Trabalho Hospitalar*. Revista Mal-estar e subjetividade - Fortaleza - vol. XII - Nº 3-4-p.745-766-set/dez. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1518-61482012000200011&lng=pt&nrm=iso.

Rego S, Palácios M. (2006) *A finitude humana e a saúde pública*. Caderno de Saúde Pública.

Reis, Luiz Carlos dos, Reis, Paula Elisa Avelar Maia dos. (2007). Cuidados paliativos no paciente idoso: o papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. Fisiot. Mov., v. 20, p. 127-135. Recuperado de <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18887/18271>.

Simonetti, Alfredo (2018). *A cena hospitalar: psicologia médica e psicanálise* / Alfredo

Simonette. – Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2018. – (Clínica psicanalítica).

Machado, F. R. "Unidades de terapia intensiva: passado, presente e futuro". *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol. 22, n. 2, p. 95-96, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/XYZ>. Acesso em: 9 mar. 2025.

Urizzi, Fabiane; Corrêa, Adriana Katia. (2007). *Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15(4), 598604. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400012>.

Vieira, Camilla Araújo Lopes; Marques, Gardênia Holanda. (2012). *Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva*. Psicanálise e Barroco em revista v.10, n.1: 97-108, jul.

Victor, Rita Meurer; Aguiar, Fernando. (2011) *A clínica psicanalítica na saúde pública: desafios e possibilidades*. Psicologia Ciência e Profissão, v. 31, n. 1. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932011000100005&script=sci>

Sobre cuidados em emergências, lições aprendidas e questões que permanecem

Maria Helena Pereira Franco

Sempre que tenho a oportunidade de participar de encontros como este, eu me sinto motivada a compartilhar não só meus aprendizados, mas também minhas dúvidas e inquietações. Foram momentos intensos e, sinceramente, repletos de sofrimento e aprendizado. Muitas perguntas ainda não têm resposta, e isto, acredito, faz parte de qualquer processo de mudança.

Ao olhar para trás, reconheço que vivi, no período da pandemia, um tempo marcado tanto pelo sofrimento quanto pelo aprendizado profundo. Nem sempre tenho todas as respostas para as novas perguntas que surgiram; porém, percebo que viver processos de mudança, seja diante do que me é imposto, seja promovendo transformações desejadas, tornou-se inevitável.

Tive a oportunidade de acompanhar muitos profissionais da saúde naquele contexto. Falo de psicólogos, médicos, enfermeiros e outros trabalhadores das mais diversas áreas, todos atravessados pelo sofrimento e grau de angústia que afetou, de forma integral, a vida de cada um. Para conversar sobre isso, escolhi não repetir as discussões recorrentes acerca do que foi enfrentar a pandemia ou do que se exigiu dos profissionais da saúde, mas há certas questões que não podem ser evitadas.

Ao longo da leitura deste capítulo, proponho que cada um reflita sobre sua trajetória em relação ao tema abordado. Todos nós, em

algum momento, nos deparamos com situações que desafiam nossas emoções e nossa capacidade de escuta e compreensão.

Gosto de começar com uma referência à música do Chico Buarque: “Todo dia ela faz tudo sempre igual...” Esse cotidiano nos dava uma sensação de segurança, não é? Mas será que era segurança mesmo, ou só uma ilusão? A pandemia bateu à nossa porta, entrou sem pedir licença e bagunçou nossa rotina. Eu mesma precisei repensar meu trabalho, minha relação com o que entendia que era seguro. Afinal, trabalho automático não cabe na saúde. Pergunto: vocês trabalham no automático? Às vezes me pego nessa armadilha e logo percebo como o cuidado exige reflexão.

A chegada repentina da pandemia desfez uma ilusão que existia. Aquilo que dava segurança revelou-se frágil. Costumo ilustrar esse momento com a imagem de um braço de robô ao lado de um braço humano, sugerindo o perigo de acreditar que automatizar nossas tarefas diárias eliminaria a necessidade de reflexão e desenvolvimento constante de competências. Na saúde, atuar no automático não cabe. Não se pode abrir mão da postura crítica e do olhar atento.

Eu me recordo de crises pequenas e grandes: quem nunca ficou desesperado com uma conexão que não entra, com o pneu do carro furado? Nós aprendemos a lidar com pequenos problemas, mas crises maiores mudam nossa vida. Muitas vezes me perguntei: eu estudei para isso? Estou feliz no meu ambiente de trabalho? Será que ele está me levando para o adoecimento ou está promovendo minha saúde? Esse exercício de autoconhecimento é fundamental.

A essência do cuidar é genuinamente humana, e, por isso, sempre busco refletir sobre o significado do trabalho na minha vida. Freud e Thoreau são pensadores que me ajudam muito nesse sentido. Freud fala da busca pela ausência de sofrimento e do desejo de prazer, enquanto Thoreau me inspira a pensar: “O que é realmente essencial?” Lembro

que, durante a pandemia, muitas vezes deixei de dormir o suficiente ou de me alimentar bem, coisa que eu sempre recomendei aos outros. Percebi na pele o quanto o imperativo ético do autocuidado precisa ser levado a sério.

E os limites? Tive contato com profissionais que foram chamados a atuar em áreas para as quais não estavam preparados; ouvi relatos de colegas que sentiram profunda frustração envolvendo pacientes, famílias e limites pessoais. Lembro de uma colega que disse: “Estou trabalhando, mas tenho medo de voltar para casa e contaminar minha família.” Esse dilema se tornou algo cotidiano.

Sempre insisto: em baixo do jaleco existe uma pessoa. Todos nós sentimos frio, fome, dor e medo. Não somos máquinas, não podemos ser endeusados nem ignorar nossa própria humanidade. Certa vez, durante uma conversa após plantão, ouvi um colega dizer que não conseguia beber água nem ir ao banheiro porque tinha medo de se contaminar ao despir os EPIs. Aquilo me fez pensar na quantidade de sofrimento silencioso que enfrentamos.

Busco metáforas para explicar o sentido do nosso trabalho. Sempre imaginei o pé da bailarina dentro da sapatilha, escondendo as dores e as marcas. Assim somos nós: revelamos pouco, mas carregamos muito. Muitas vezes, juntamos o trabalho com questões familiares, como aquela entregadora de mercado que leva o bebê junto porque não tem escolha. Ela precisa trabalhar e não tem com quem deixar seu bebê. São escolhas difíceis, equilibrando família e profissão.

O reconhecimento do nosso trabalho nem sempre vem de fora. Por mais difícil que seja, não podemos perder a consciência de nosso valor. Durante a pandemia, vi profissionais adoecerem e morrerem. Muitos diziam: “Não estudei para isso, nunca imaginei passar por tamanha exigência.” Essa experiência ampliou meu entendimento sobre a responsabilidade ética do cuidado, que vai além do técnico.

Autocuidado tornou-se imperativo para mim. Sempre lembro de buscar equilíbrio entre atender o outro e cuidar de mim mesma. É difícil? É! Nem sempre consigo. Muitas vezes termino o dia exausta, mas feliz porque sei que meu empenho trouxe algum alívio ou esperança para alguém.

A mutualidade no cuidado é essencial: ofereço empatia, respeito, calor e consideração positiva e recebo o mesmo. Nunca esqueço, somos pessoas dialogando e aprendendo, nunca apenas executando procedimentos. Essa perspectiva transforma o trabalho em cuidado, humaniza a ciência e faz toda diferença.

Existe outro componente que pode nos levar a uma falsa sensação de proteção: a narrativa pessoal e a atmosfera do nosso trabalho. Em certos momentos, questiono se o ambiente laboral está promovendo saúde ou colaborando com processos de adoecimento. São perguntas que inevitavelmente me acompanham, especialmente ao refletir sobre o sentido do cuidar enquanto ato profundamente humano.

Quero destacar que quando lidamos com situações de sofrimento, seja no contexto clínico, educacional ou familiar, a comunicação precisa ser fundamentada em uma escuta empática e ativa. Uma escuta que, mais do que ouvir palavras, acolhe sentimentos, hesitações e até mesmo silêncios. Por exemplo, diante de uma pessoa enlutada, frases simples como “eu estou aqui se quiser conversar” podem ser mais eficazes do que conselhos prontos.

Outra característica fundamental do nosso trabalho é reconhecer a singularidade de cada experiência. Não existem respostas universais ou soluções mágicas para a dor da perda. Recomendo evitar comparações do tipo “eu já passei por isso” ou “você logo vai superar”, pois cada um tem um tempo e um modo únicos de viver o sofrimento.

Encerrando, digo que não tenho todas as respostas, mas compartilho a convicção de que o caminho da saúde passa pelo reconhecimento de nossas fragilidades e pela busca de significado em cada gesto de cuidado.

Por fim, faço um convite à reflexão sobre a importância do autocuidado para profissionais e familiares envolvidos nesses processos críticos. Estar disponível para o sofrimento do outro exige, antes de tudo, um olhar atento para si e para os próprios limites. Meu convite inclui dividir vivências e construir juntos novos sentidos para o nosso fazer profissional.

**PALESTRA COM PABLO CASTANHO:⁴ “O
trabalho em equipe de saúde: cuidado com os
vínculos profissionais e com os usuários”**

Pablo Castanho

Introdução

Esta apresentação irá focar na problemática da contratransferência nas equipes. Para isso, irei dialogar com os grupos Balint e com as chamadas supervisões clínico-institucionais de equipe, enquanto campos do saber, para pensar o fazer da equipe de saúde. Trata-se, em larga medida, de pensar sobre como as questões dos pacientes (ou usuários) convocam e estruturam fenômenos no vínculo entre os membros das equipes e como tais fenômenos podem ser compreendidos tanto como via de acesso para o cuidado clínico quanto para a proteção da saúde dos trabalhadores. Ao final, tecerei algumas considerações sobre os contextos e modos pelos quais um membro da equipe volta parte de sua atenção para essas questões. Não cuidamos do sofrimento dos outros sem nos afetar, ao menos não sem recorrermos a defesas individuais e coletivas. Em nossa sociedade, muitas vezes se acredita que o melhor modo de cuidarmos é sendo objetivos. Além disso, muitas vezes, para nos protegermos da intensa mobilização subjetiva que nosso trabalho exige, pode parecer que algum tipo de anestesia seria em nosso melhor interesse.

⁴ O presente texto era inicialmente uma transcrição da palestra do autor, realizada de modo online no 1º Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso. Contudo, Pablo Castanho se disponibilizou para atualizá-lo inserindo referências e tornando sua fala um texto. Em caso de interesse pelo conteúdo originalmente apresentado, o material gravado segue disponível no Youtube do CRP18-MT. Acesse aqui

Argumentarei nesta apresentação de modo contrário a estas duas suposições, desde que algumas condições sejam cumpridas. O fenômeno em questão não é exclusivo do campo da saúde, mas é particularmente forte nele e, portanto, nos hospitais. Neste fenômeno, os membros da equipe profissional são afetados psiquicamente pelas questões, pelas angústias, pelas ansiedades, pelas fantasias, pelos processos mentais dos pacientes. A equipe e seus membros podem acolher, se deixar afetar, trabalhar sobre os efeitos que isso tem sobre eles. Quando isso pode ser feito, a equipe produz um cuidado de melhor qualidade para o usuário e encontra também uma via de saúde para os próprios profissionais. Quando isso não acontece, quando essa afetação psíquica não pode ser contida, trabalhada, compromete-se tanto o cuidado com os pacientes ou usuários quanto a saúde dos membros da equipe.

Um exemplo: trata-se de uma UTI neonatal que concentra bebês de prognóstico muito negativo de sua região. Estes bebês nasceram com demandas de cuidados intensivos e sem perspectivas de melhora. Podemos compreender como as mães e pais dessas crianças podem viver uma experiência de frustração e de privação muito grandes. Os projetos que eles têm para as crianças, o investimento na própria parentalidade, os sonhos de futuro, tudo isso vem abaixo. Por vezes isso ocorre como uma surpresa, outras tantas, diagnósticos pré-natais logram – em alguma medida – furar defesas e desestabilizar esses investimentos já antes do nascimento. De todo modo, essas pessoas não estão preparadas, provavelmente ninguém esteja, para lidar com bebês que não resistem em ser depositários dos desejos irrealizados e das aspirações de futuro de seus pais.

Essa privação, neste caso que apresento, mas certamente em outros, se transformou em agressividade. E essas mães dirigiram a agressividade para vários lados: para si mesmas, às vezes para os

próprios filhos, mas, em larga medida, para a equipe. Como a equipe lida com isso? Nesse caso, descrito por Camila Peschanski (2024), a equipe respondeu em espelho em um primeiro momento, tornando-se de algum modo agressiva. Mais precisamente, assumiu um distanciamento defensivo e um contra-ataque em relação a essa carga que recebiam.

Até este ponto, fiz uma espécie de grande resumo, sem teoria. A partir deste momento, vou desenvolver com vocês uma perspectiva teórica e histórica desse tipo de raciocínio fundada na psicanálise. Não sei se as extensões da psicanálise são um tema próximo de vocês aqui no Mato Grosso ou se soa muito estranho falar de psicanálise fora do contexto do consultório. Vale lembrar que a psicanálise, ao longo da sua história, vai variando alguns modelos de tratamento. Talvez a transformação que melhor exemplifica esse fenômeno, por sua radicalidade e ampla aceitação, seja o tratamento psicanalítico com crianças. Nada de divã, nada de analista quieto e distante. Se a psicanálise é a cura pela palavra, o que dizer das intervenções sobre o brincar infantil? Entretanto, tamanha é a legitimidade que esta prática alcançou que ninguém ousa questioná-la como psicanalítica. Seguimos René Kaës aqui (2007), pensando que a psicanálise vai transformando os seus modos de atendimento para poder endereçar novas questões, novas problemáticas psíquicas, novos públicos. Neste percurso, transforma alguns dispositivos e transforma algumas conceituações clínicas. As teorias psicanalíticas de grupo e instituições, com as quais estamos dialogando nesta apresentação, se inserem nesta lógica, como extensões da clínica original proposta por Freud.

Se em Freud já encontramos algumas modulações da técnica, teremos em Ferenczi (1928/1992), seu contemporâneo, o precursor do tema da elasticidade da técnica. Talvez não seja ao acaso que tenha sido ele o analista de Melanie Klein, que nos abriu o caminho da psicanálise de crianças. Esta relação entre alcance clínico e mudanças no dispositivo

ficou bastante conhecida entre nós pelos trabalhos de Winnicott. Por exemplo, tomemos o momento em que o autor nos conta que segura a cabeça de uma paciente. Isso não é nada ortodoxo em termos da história da psicanálise. Mas também não é fora da história; Ferenczi já fazia algo de comparável com sua técnica ativa, mas apagamos do discurso, por muito tempo, esta percepção de que a elasticidade da técnica é contemporânea ao nascimento da psicanálise.

Meu tema hoje possui uma forte influência ferencziana. Não só pela via da elasticidade da técnica, mas pela centralidade do tema da contratransferência em seus trabalhos. Um autor fundamental em nosso tema é Jean-Pierre Pinel (1988), que desenvolve parte importante do que estamos abordando, não a partir do contexto hospitalar, mas a partir do trabalho com adolescentes que têm comportamento de automutilação, de tentativa de suicídio, patologias narcísicas identitárias muitas vezes graves, em um tipo de serviço na França que não temos bem no Brasil. Ele desenvolve a perspectiva de que o tratamento desses adolescentes se beneficia muito de um olhar sobre a equipe. É um raciocínio semelhante ao que a gente tem na tradição das comunidades terapêuticas ligadas a Thomas Main (1946), não as comunidades terapêuticas que a gente tem falado hoje no Brasil, mas essas comunidades terapêuticas no seu sentido originário, que surgiram na Inglaterra, nas quais os usuários dos serviços de saúde mental têm, na experiência de um cotidiano compartilhado, seu lugar de cuidado.

Além das comunidades terapêuticas na Inglaterra, a experiência da psicoterapia institucional na França e do hospital Chesnut Lodge nos Estados Unidos da América são fontes muito importantes na identificação e no manejo do fenômeno que estamos abordando aqui. Diria que se trata de algo que se evidenciou em serviços de saúde mental, mas que compreendemos que se aplica a todas as instituições que se ocupam de pessoas.

Outra vertente histórica fundamental localiza-se mais próxima da realidade dos hospitais: os grupos Balint (1964/2022). Lembro que nestes grupos, originalmente, médicos generalistas eram reunidos para falarem, sem recorrer a anotações prévias, sobre seus pacientes. Em geral, não conheciam os pacientes uns dos outros e a perspectiva é de que, pela vivência nestes grupos, o médico poderia aprender algo sobre a dimensão subjetiva de sua relação com seus pacientes. No Brasil, possuem uma tradição significativa em hospitais, sendo um nome facilmente reconhecido em muitos locais. Balint, que havia trazido consigo os “Diários Clínicos de Ferenczi” da Hungria para a Inglaterra (posteriormente publicados), trouxe também a centralidade que seu mestre conferia ao tema da contratransferência para sua proposta dos grupos Balint.

Sobre a contratransferência

Mas o que estamos chamando de contratransferência? Tomemos um trecho do vocabulário de psicanálise sobre o tema:

São raríssimas as passagens em que Freud alude àquilo que chamou de contratransferência. Ele vê nela o resultado da “influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico” e sublinha que “nenhum analista vai mais longe do que os seus próprios complexos e resistências internas lhe permitem”, o que tem como corolário a necessidade de o analista se submeter a uma análise pessoal. (LAPLANCHE, PONTALIS e FREUD apud LAPLANCHE, PONTALIS 1967/1986, p. 146)

Assim, a contratransferência, originalmente, é apresentada como aquilo que é da ordem de uma influência do doente sobre os sentimentos inconscientes do médico/analista. Hoje, pensamos sobre

a influência em todos os membros da equipe. Mas, neste trecho, a contratransferência é apresentada como aquilo que o paciente desperta no profissional. E esses elementos confrontam o profissional com suas próprias resistências, colocando-se na dimensão de um obstáculo ao tratamento.

Outro exemplo: um paciente, que descobre durante a internação hospitalar que é portador do vírus HIV, vai fazer uma cirurgia. Ele não quer que seja comunicado ao seu companheiro este diagnóstico. “Como ele não vai contar!?” A equipe demonstra indignação e raiva dele nos corredores. Os profissionais destilam seu ódio. Pedem para a psicóloga hospitalar que o escute, desejando certamente que ela o convença a contar.

Retomarei este exemplo mais à frente, mas, por ora, vejam como este paciente “mexe” com a equipe, desperta um efeito contratransferencial violento, ao ponto de esta psicóloga se preocupar que ele possa ser prejudicado em seu tratamento. Precisamos poder ver e pensar esse afeto, sob pena de comprometermos nosso trabalho. Vemos como, em nosso fazer, emoções são convocadas na equipe e podem interferir no processo de cuidado. Estamos aqui na esfera do que Freud viu originalmente na contratransferência: sua interferência negativa no processo de cuidado. Isso possui várias formas; encontramos profissionais que não conseguem lidar com a ideia de que seu paciente vai morrer ou não conseguem encarar um diagnóstico incapacitante e ficam desviando o assunto. Há aqueles profissionais que, desconectados do que o paciente possa estar sentindo, começam a falar de religião ou de “pensamento positivo”, ou “dão lição de moral” ou outras estratégias que respondem à sua própria dor, e só por sorte, à dor do paciente. Não que as mesmas falas não possam ter seu valor em certos casos; a questão é a motivação

que as sustenta. Se a proferimos para aplacar a nossa própria angústia, algo não vai bem.

Entretanto, esta perspectiva da contratransferência como algo que nos atrapalha e precisamos ultrapassar é só parte da questão. A escola húngara, com Ferenczi, desenvolve outra postura que converge com nosso pensamento. Para este autor, a contratransferência existirá sempre, não importa quão analisados sejamos, nunca vamos superá-la. Mais do que isso, não é um horizonte desejável que a superemos. De fato, para o autor, a indiferença que decorreria da ausência da contratransferência não contribuiria ao tratamento. Ela seria especialmente importante quando estamos frente a sofrimentos que não são da ordem do representado. Certamente uma dimensão fundamental da experiência subjetiva no hospital.

A proposta de Ferenczi é a do “domínio” da transferência. Do *Bewältigung*, em alemão. Aqui, o termo em português não nos ajuda. Trata-se não de submeter a contratransferência à nossa vontade, mas de compreendê-la, saber fazer com ela. Não se deixar ser tomado por ela, tampouco esquivar-se dela (Gomes, 2019).

O ambiente hospitalar é cheio de desafios neste sentido. E não podemos nos dar como imunes de uma vez por todas. Cada novo evento pode despertar algo diferente. Imaginemos um médico, por exemplo, que pode estar muito acostumado a lidar com a morte dos pacientes e, de repente, chega uma menina que o lembra de sua filha. Aqueles afetos que pareciam sob controle emergem. Sempre haverá situações que poderão nos tomar. E isso não é necessariamente ruim, se pudermos nos dar conta e pensar sobre esses efeitos em algum momento. Importa termos, no horizonte, não sucumbirmos à contratransferência, mas também não sucumbirmos aos protocolos e aos procedimentos administrativos que visam manter fora do campo a dimensão subjetiva que nos atravessa em nosso trabalho.

Apesar de ter sido muito próximo de Freud e proeminente artífice da institucionalização da psicanálise, em certo momento Ferenczi tornou-se *persona non grata*, e seu pensamento sofreu muito com isso. De fato, por um longo período não se lia e não se falava de Ferenczi. Ao ponto de que alguns dos fenômenos clínicos que havia observado, algumas de suas ideias, tiveram como que ser descobertas ou inventadas novamente. Um caso desse tipo é o célebre texto da psicanalista Paula Heimann (1950), que propõe encararmos a contratransferência como comunicação. É outro modo de abordarmos o que começamos a ver com Ferenczi. Há coisas que os pacientes não conseguem nos transmitir por palavras, mas nos fazem sentir em nós mesmos.

Vejam os que, nessa perspectiva, se a contratransferência é uma forma de comunicação, não a devemos tomar em seu valor de face. Se o contato com um paciente nos faz sentir raiva, podemos nos perguntar: o que está sendo comunicado? Pode ser que ele esteja com raiva? Ou que não consiga entrar em contato com sua própria raiva? Nunca podemos saber, *a priori*. Cabe, primeiramente, nos deixarmos usar como alvo das transferências do paciente, buscar nos enxergar nessa relação: o que isso nos suscita? E então pensar sobre o que pode estar sendo comunicado por essa via.

Tomamos conhecimento da existência da contratransferência por afetos que nos evoca, mas também por fantasias, imagens e mesmo sintomas corporais, como uma dor de barriga ou sonolência. Tudo que sentimos pode ser visto como uma reação daquilo que o paciente precisa exteriorizar, mas está distante demais do campo das palavras. Podemos, inclusive, recorrer a Bion e pós-bionianos neste ponto. Podemos falar de *rêveries* ou flashes dos analistas como fenômenos contratransferenciais. Podemos pensar a contratransferência como a deposição nos profissionais de elementos Beta do paciente. Nessa

perspectiva, nosso trabalho como profissional (e como equipe) incluiria algo semelhante ao da função alfa materna (Kaës, 1976).

Os grupos Balint, ou sobre a contratransferência na área da saúde.

Mas como podemos pensar a questão da contratransferência quando não estamos mais no campo exclusivo da análise ou da psicoterapia psicodinâmica, mas dos cuidados de saúde em geral, como no hospital? Os chamados Grupos Balint são a principal referência nesse assunto.

Seu criador, Michael Balint, foi um médico e psicanalista que trabalhou com Ferenczi na Hungria, mas migrou para a Inglaterra, onde continuou seus trabalhos. Ele propôs um dispositivo de grupo para médicos, condizente com a proposta epistemológica ferencziana de colocar em diálogo diferentes campos do saber (no caso, a medicina e a psicanálise), além de alinhar-se à centralidade atribuída à contratransferência pela escola de Budapeste.

Na proposta original dos Grupos Balint (1964/2022), trabalhava-se com médicos generalistas. A saúde física está em foco, mas é pensada em seus entrelaçamentos com a dimensão psíquica. Balint acreditava que o tratamento não se dá somente pela prescrição de medicamentos e outros procedimentos, mas pela qualidade do encontro psíquico que ocorre entre médico e paciente. Balint dirá que o médico é também um medicamento para seu paciente. O problema passa, então, a ser como prescrever “a si próprio” ou manejar esse medicamento *sui generis*. O grupo Balint visa desenvolver essa capacidade entre médicos.

Como psicólogos e psicanalistas, podemos conceber com clareza que, dependendo da qualidade desse encontro entre médico e paciente, o paciente poderá ou não seguir a prescrição, compreender de um

modo ou de outro o que lhe é dito, etc. Podemos ainda fazer referência à confiança, e mesmo à esperança que o paciente deposita no médico como algo determinante. Visualizamos, nesses exemplos, como a vida psíquica que se atualiza com o médico é central ao tratamento. Ou poderíamos mesmo chamar essa “atualização da vida psíquica” pelo nome de transferência.

Mas como funciona o grupo Balint? Em sua origem, Balint propôs o encontro de um pequeno grupo de médicos generalistas na presença de um psicanalista. Os médicos contam casos de pacientes, mas sem notas, do modo mais livre possível. O que interessa é que se trabalhe sobre a dimensão afetiva, psíquica, dessa relação no grupo. Dito de outro modo, o grupo Balint propõe trabalhar a contratransferência do médico generalista com seus pacientes.

Com o tempo, os grupos Balint vão ampliando seu escopo. Hoje, não falamos mais de grupos Balint somente com médicos, mas podemos realizá-los com todos os profissionais de saúde, havendo ainda algumas experiências com profissionais de outras áreas. A fama desses grupos também lhes concedeu um valor estratégico para a inserção da psicanálise em instituições de saúde. Tal valor estratégico também tem contribuído para um uso ampliado do termo, por vezes designando qualquer grupo que se faça com profissionais na área da saúde, especialmente em hospitais. Na prática, muitas vezes a evocação desse nome ajuda a legitimar, frente aos pares e aos superiores, as propostas de grupo, ou ao menos este é o cenário em vários locais do Brasil (não tenho informações sobre como isso se dá no Mato Grosso). De todo modo, essa abrangência ampliada do uso do termo chega a criar uma área nebulosa sobre o caráter do que seriam realmente os grupos Balint e seus limites.

Um ponto precioso nesse contexto é o reconhecimento de que os grupos Balint originalmente reuniam profissionais que não

compartilhavam pacientes em comum, com cada um trabalhando de modo totalmente independente do outro. Isso é fundamental pois, como veremos, quando temos uma pluralidade de profissionais da saúde se debruçando sobre um mesmo caso, como ocorre quando falamos das equipes, precisamos levar em conta certas transformações da problemática contratransferencial.

A contratransferência se desdobra em homologia quando trabalhamos em equipe.

A literatura sobre o trabalho psicanalítico em instituições nos permite compreender melhor o que está em jogo na problemática da contratransferência quando trabalhamos em equipe. Começamos este percurso fazendo referência a um autor bastante conhecido na América Latina. O estudo de José Bleger (1966/1999) sobre a chamada “análise institucional” contém uma ideia amplamente divulgada (ao menos no Sudeste) sobre o funcionamento psíquico das instituições. O autor afirma que “[...] as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar” (Bleger, 1966/1999, p. 91).

A título de exemplo, Bleger comenta que um hospital psiquiátrico (clássico) se organizaria, com muita frequência, em setores cindidos uns em relação aos outros, de modo semelhante à cisão que opera na psique de cada paciente. Posso oferecer outros exemplos: é frequente, infelizmente, que abrigos para crianças repitam o desamparo vivido pelo abandono ou perda da família; ou serviços que lidam com a violência contra a mulher acabem por repetir violências. Importante frisar que há muitas formas distintas dessa repetição se dar, sendo fundamental atentarmos para como ela ocorre em cada momento, em cada lugar.

É assim, por exemplo, que Ianni Scarcelli (1998), em seu estudo sobre a implantação dos serviços substitutivos em saúde mental na cidade de São Paulo, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, propõe que as equipes profissionais desses serviços frequentemente sofriam com uma indiferenciação de papéis semelhante à dos estados de diferenciação dos pacientes. Este exemplo é significativo ao ilustrar como a “tendência a assumir a mesma estrutura do mal que visa tratar” pode assumir roupagens diversas frente ao mesmo “mal”, como a cisão da equipe em serviços psiquiátricos referida por Bleger e a indiferenciação em serviços substitutivos apontada por Scarcelli.

Essa tendência à repetição sugere um paralelismo entre o que ocorre com os usuários e o que ocorre nas equipes profissionais. Jean-Pierre Pinel (1989) nomeia esse paralelismo de *homologia*, entendendo o que Bleger identificou como uma de suas possibilidades, a *homologia patológica*. Pinel contrapõe essa homologia patológica ao que denomina homologia funcional. O conceito de homologia funcional parte desse fenômeno de paralelismo, mas sugere que, sob certas condições, a equipe pode conter e se apropriar desse fenômeno em benefício de sua clínica. Mais do que isso, a homologia funcional, para Jean-Pierre, é a via mais importante pela qual aquilo que há de mais arcaico pode ser endereçado pelo trabalho clínico em instituição. Se em Bleger nos deparamos com um fenômeno que parece fazer obstáculo ao nosso trabalho, Jean-Pierre Pinel demonstra como podemos tomá-lo como a via privilegiada no trabalho clínico em instituições.

Em sua formulação conceitual, Jean-Pierre Pinel recorre a José Bleger, mas também a Stanton e Schwartz e ao trabalho destes em um hospital psiquiátrico americano denominado Chesnut Lodge. Chesnut Lodge foi um hospital psiquiátrico norte-americano localizado no estado de Maryland, perto de Washington, DC, que existiu de 1910 a 2001 e teve marcada influência ferencziana. Quando Freud vai para suas famosas

conferências nos Estados Unidos, leva algumas pessoas consigo, entre elas Ferenczi. Alguns profissionais americanos chegam a se interessar mais por Ferenczi do que pelo próprio Freud, iniciando-se aí uma longa história de influência do pensamento ferencziano nos EUA, presente tanto na chamada *relational psychoanalysis*, que retoma Ferenczi como pedra angular, quanto na perspectiva denominada interpersonal, onde a influência ferencziana se faz presente de modo menos explícito.

O processo migratório ligado à ascensão do nazismo na Europa também teve papel importante nessa difusão. No caso de Chesnut Lodge, foi por essa via que Anne Fromm-Reichmann, uma psiquiatra que trouxe consigo muito da escola de Budapeste, migrou para os EUA e assumiu a direção do hospital (Silver, 1993). Essa figura é uma evidência histórica da influência do pensamento ferencziano em Chesnut Lodge. E, por lá, passaram autores muito importantes da psicanálise e da psicodinâmica americana, como Harold Searles, Irvin Yalom e Richard Billow.

Harold Searls desenvolveu a ideia de que, quando estamos supervisionando um caso, devemos ficar atentos também ao que sentimos, ao que se repete na relação de supervisão. Algumas coisas não se transmitem pela palavra, mas como fenômeno psíquico na relação de supervisão, o que ganha o nome de processo paralelo (Morrissey, Tribe, 2001). O raciocínio é basicamente o mesmo que tivemos sobre a contratransferência, mas, agora, começamos a ver como ela pode se deslocar de um espaço para outro e como pode se reencenar em outro contexto algo da relação do profissional com seu paciente. Afinal, aqui falamos da relação entre supervisor e supervisionando, que repetiria algo da relação do supervisionando com seu paciente, e não apenas do que é despertado na interioridade de cada um dos atores.

Essa é uma ideia semelhante à desenvolvida por Stanton e Schwartz (1954), não mais no campo da supervisão, mas no âmbito da equipe

de saúde mental. Os autores desenvolvem em seu livro *The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment* uma proposta que nos é muito cara. Mas o que esses dois autores, que fazem sua pesquisa em Chestnut Lodge, propõem? O que percebem? Pois bem: constataam alguns fenômenos na equipe que entendem ser desdobramentos das clivagens dos pacientes.

Lembremos que pacientes com problemas de saúde mental mais graves operam muito por clivagem. Na clivagem, uma parte de si não conhece a outra. O ponto dos autores é propor que essas clivagens dos pacientes operam clivagens sobre o funcionamento da equipe, o que tem efeito nas relações internas. Pode acontecer, por exemplo, de a equipe começar a brigar entre si. O que Stanton e Schwartz percebem é que, quando a equipe consegue reconhecer e lidar com esse conflito entre seus membros, há uma melhora nos pacientes — mesmo que essa conversa não seja restituída aos pacientes.

Esse é o dado mais importante nesses autores: o funcionamento mental dos pacientes por clivagem gera uma clivagem na equipe. Se a equipe puder olhar para si e se fazer perguntas tais como “O que se passa conosco?” e “Qual a relação disso com os casos que atendemos?”, esse tipo de movimento permitiria uma superação da clivagem interna da equipe, acompanhada de uma melhora dos pacientes.

Talvez isso fique ainda mais claro no trabalho com drogadição. Em sua dissertação de mestrado intitulada “Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições”, Gustavo Nascimento (2020) descreve como esses processos se dão. Curiosamente, algo disso já se encontrava na literatura especializada da área. Concebe-se que o drogadito parece precisar — para “engatar” em algum tratamento, fazer “uso” dele, poder achar uma figura de transferência idealizada como totalmente amável, que o acolhe sem restrições, e uma figura tirânica, cindidas entre si.

O próprio autor se percebe, ocasionalmente, indo de um registro para o outro ao atender drogaditos. Em certo momento, vê-se atravessado por uma dimensão superegoica tirânica, que opera criticando e reprimendo certo usuário quanto à sua responsabilidade. Em outros momentos, percebe-se uma figura totalmente permissiva, empatizando e tendendo a justificar as transgressões mais variadas, como se tudo fosse permitido ao usuário em nome de seu quadro.

Do ponto de vista do usuário, acredita-se que ele precisa encontrar essas duas figuras na equipe para poder fazer uso do cuidado que lhe é oferecido. Isso significa que, inconscientemente, por meio da dinâmica transfero-contratransferencial, ele irá, de certa forma, “puxar” alguém da equipe para esse papel “tirânico”. Isso não significa que, explicitamente, ele vá pedir ou demonstrar contentamento com isso, pois estamos falando de uma dinâmica inconsciente.

Sob a ótica do inconsciente, entendemos que o usuário pode atacar e se rebelar contra quem lhe impõe limites, ao mesmo tempo em que contribui para que o profissional o faça. Da mesma forma, “puxará” outro profissional – ou partes do mesmo – para o papel de uma pessoa plenamente permissiva, vista como acolhedora, que “passa a mão na cabeça” e justifica a ausência de limites. Novamente, isso pode ocorrer mesmo com o desacordo explícito do usuário, que pode demonstrar irritação ou mesmo reclamar da falta de limites impostos.

E qual o efeito disso sobre a equipe? Quando os membros da equipe desconhecem ou não levam em conta essa dinâmica, podem entrar em situações de conflito insolúveis. Um membro, ou parte da equipe, pode atacar a outra por ser demasiadamente rigorosa ou demasiadamente complacente. Trata-se de uma situação sem solução, no sentido de que o que precisa ser abordado é a percepção desses processos contratransferenciais. Se ficarmos apenas nas dimensões

técnicas ou mesmo ético-políticas do assunto, permaneceremos presos ao conflito na equipe.

Por outro lado, se pudermos compreender que o que se joga na equipe é uma dramatização dos movimentos psíquicos dos usuários acompanhados, isso, por si só, muitas vezes já permite transformar o conflito, facilitando a pactuação de direções de tratamento, aliviando tensões e promovendo melhoras nos usuários.

É importante observar que Jean-Pierre entende que não se trata de evitar que a equipe tenha conflitos ou atuações. Para ele, quando lidamos com aspectos mais arcaicos, menos simbolizados, a homologia pela equipe é o único modo – ou o modo privilegiado – de tratá-los. É como se a equipe fosse uma parte da psique extrojeteada dos pacientes; uma espécie de simbolização do processo mental que o paciente não consegue fazer, sendo então necessário “colocar” isso na equipe, para que ela viva tal experiência e, depois, consiga pensar sobre o ocorrido.

Entretanto, uma problemática cada vez mais importante — e que Jean-Pierre Pinel e seus colegas vêm estudando — é o avanço da gestão em saúde baseada em uma lógica restrita a protocolos e procedimentos. Nessa perspectiva, não se reconhece a subjetividade do trabalhador: cada um é compreendido como peça indistinta, substituível a qualquer momento. Pinel denomina isso de “lógica gestonária”.

Quando essa lógica se instala em um serviço, ela constitui obstáculo ao trânsito psíquico entre usuários e profissionais, e tende a impedir que os processos de homologia ocorram. Embora pareça facilitar a gestão objetiva do trabalho e até oferecer certa proteção subjetiva aos profissionais, tal lógica frustra a clínica e dificulta, ou mesmo impede, o alcance do nosso trabalho. Ao abordar usuários e profissionais como objetos, o tratamento de sujeitos torna-se inviabilizado.

Se a lógica gestonária pode servir como uma forma de defesa psíquica para os profissionais, é porque o contato com a subjetividade

dos usuários e pacientes faz sofrer. Ver a dor de um paciente, enfrentar com ele diagnósticos difíceis e prognósticos fatais não é fácil. De fato, o modo como os usuários e pacientes afetam subjetivamente os profissionais é de maior importância não só para o andamento do tratamento, mas para a saúde dos próprios profissionais. Não é à toa que o mesmo Schwartz, já citado pela publicação do livro *The Mental Hospital*, publicou outro artigo em 1953, com Bernard Will, que é considerado uma referência pioneira para os estudos de burnout (Maslach e Schaufeli, 1993). De fato, o estabelecimento deste nexo entre as relações entre equipe e saúde dos usuários também abriu as portas para a compreensão desta forma de adoecimento dos profissionais de saúde em função de seu trabalho (o burnout).

Quando os profissionais acolhem e começam a repetir elementos inconscientes relativos aos pacientes, o que pode ocorrer com os profissionais? Infelizmente, quando não conseguimos lidar e transformar essas cargas, adoecemos. Tratar da homologia é, pois, também uma forma de “cuidar dos cuidadores”, mas uma forma de fazê-lo integrada ao próprio processo de trabalho. Sofremos e adoecemos do nosso trabalho de formas que muitas vezes não nos damos conta. Cuidar da vida psíquica da equipe é também cuidar da saúde de seus membros.

Quando contrastamos essa tradição de estudos com os grupos Balint, há dois pontos a destacar. O primeiro diz respeito a como essa tradição, muito marcada por estudos na área de saúde mental, pode contribuir com o ambiente hospitalar. De fato, os grupos Balint não só apontam como o trabalho sobre a contratransferência pode ser uma via privilegiada para a articulação da psicanálise com a saúde mais ampla junto aos profissionais, como também abrem um espaço institucional precioso para a inserção da dimensão subjetiva nestes espaços.

Em segundo lugar, no entanto, essa tradição do trabalho com equipes de saúde mental aponta os limites do grupo Balint quando os

profissionais do grupo compartilham o cuidado de pacientes e convivem entre si no ambiente de trabalho. A problemática das homologias pode jogar luz sobre o funcionamento psíquico das equipes hospitalares e suas relações com as subjetividades dos pacientes atendidos e precisaria ser considerada nos grupos Balint nestas situações.

O que fazer então? Algumas pistas sobre como podemos contribuir com as equipes considerando a dimensão contratransferencial e as homologias.

Como dissemos, a perspectiva dos grupos Balint é a de que um psicanalista receba e contribua com um grupo de profissionais que falará de seus casos. Um modo de operar sobre a dimensão da homologia é também o de trazer um analista externo para discutir casos com a equipe. Aproximamo-nos daquilo que podemos chamar de supervisões clínicas institucionais (Onocko-Campos, 2014), para utilizar um termo consagrado na saúde coletiva. Não estamos aqui distantes de alguns dispositivos propostos pela chamada análise institucional.

Porém, cabe observar que reunir a equipe em um mesmo espaço e tempo e recorrer a um membro externo é apenas um dos modos que temos para lidar com esses processos. Um modo privilegiado e muitas vezes necessário, especialmente frente aos momentos de maior dificuldade das equipes, mas não o único. Nem sempre conseguimos ter algum profissional externo para nos ajudar, nem sempre conseguimos aproveitar os espaços de discussão de casos para trabalhar sobre a homologia, nem sempre, sobretudo no hospital, conseguimos reunir os membros da equipe em um grupo.

O tema do que podemos fazer frente a essas dificuldades é complexo e ainda pouco estudado, mas compartilharei algumas reflexões e pistas

sobre cada um destes aspectos e sobre como podemos contribuir para que as equipes possam “ensinar” suas experiências com os pacientes/usuários (Lafraia; Castanho, 2021).

Curiosamente, o grupo Balint é uma referência muito importante na proposição do que hoje denominamos matriciamento na área da saúde coletiva. É verdade que, nas reuniões de matriciamento, o que temos são serviços que se encontram para discutirem casos e não uma equipe frente a um analista externo. Sugere-se, nesta aposta, que o processo também possa ocorrer sem a necessidade de um analista externo ao grupo.

De fato, defendendo que este e outros momentos nos quais as equipes podem se reunir para discutir casos possam ser utilizados para este trabalho sobre a contratransferência e a homologia. Ou, dito de outro modo, defendendo que a discussão de casos nos serviços seja feita um tanto no espírito de Budapeste, incluindo a expressão das vivências contratransferenciais, a partilha de questões referentes à dinâmica da própria equipe e uma perspectiva de investigar estes elementos em suas relações com o caso sendo discutido.

Entretanto, não é dado que em uma equipe reunida para discutir um caso isso possa se dar. Instaurar este funcionamento demanda algum aprendizado. Se o convite à partilha da contratransferência significa um convite a se falar das impressões, sensações, imagens que os profissionais têm em relação ao caso, isso não se confunde a falar de si como se estivesse em sua terapia.

Há um aprendizado pessoal, empírico, prático e dinâmico sobre o que e como podemos dividir e falar de nossa interioridade para que esteja a serviço de nossa clínica. Há também um aprendizado coletivo sobre como criar um ambiente mais propício para este trabalho e sobre como aproveitá-lo. De fato, não depende nunca somente de um profissional que se proponha a trabalhar deste modo, é preciso

que outras pessoas da equipe entendam qual é a ideia do jogo. Ou, considerando-se que as equipes são dinâmicas, com mudanças de integrantes e aprendizados, que haja um entendimento compartilhado suficientemente instalado sobre o assunto para que o espaço possa funcionar deste modo.

É necessário, por exemplo, que todos renunciem a utilizar o que é dito neste espaço para obterem vantagens sobre os colegas nas disputas políticas e financeiras inerentes ao mundo do trabalho. É ainda necessário compreender que o que é dito neste espaço o é em função da experiência do que ali se dá, de modo que pesa o sigilo sobre o que for compartilhado de pessoal e um cuidado muito especial sobre o que pode ou não circular em outros espaços.

Abordar sentimentos, ousar associar livremente sobre suas experiências no trabalho sem confundir isso com o momento de uma intimidade psicoterapêutica é um aprendizado de cada um, mas também da equipe como um todo, para que possa existir o conhecimento e a confiança necessárias ao processo.

O ponto fundamental parece ser a compreensão compartilhada suficiente sobre o sentido do que se faz junto ao discutirmos casos. Marina Cohen (2025) é uma pesquisadora que trabalhou sobre reuniões de matriciamento na cidade de São Paulo. Nas reuniões das quais participou, percebeu uma falta deste sentido compartilhado. Muitas vezes, as reuniões de matriciamento eram encaradas apenas como um momento de passagem de casos; em outros, nem isso: reuniões marcadas poderiam simplesmente não acontecer, mas, em alguns momentos, havia algo semelhante ao que estou falando aqui.

E o que apareceu como mais importante para definir as diferentes qualidades que o espaço assume é justamente a concepção que os participantes tinham sobre o sentido do espaço, sobre o que se esperava ser feito no espaço. Por isso, dizemos que a primeira exigência é essa:

que os participantes de uma reunião na qual casos são discutidos possam ter um entendimento compartilhado de que, quando se discute um caso, você deve estar atento não só aos procedimentos técnicos do caso, mas a como o caso afeta as pessoas que estão ali discutindo, afeta a equipe (e mesmo a rede).

Se você consegue ter um certo entendimento compartilhado disso, pode transformar essas reuniões de discussão de caso em espaços de elaboração que promovem a homologia funcional. Isso implica um trabalho de achar alianças, achar pessoas que pensam parecido sob este aspecto e de aproveitar espaços que muitas vezes já existem.

Não é diferente quando René Kaës (2004) propõe a “análise intertransferencial” como tarefa dos coterapeutas após o término de cada sessão de grupo. A perspectiva é a mesma: uma reunião para discutir a sessão (e os pacientes), na qual, ao falarmos sobre nosso trabalho, incluímos a contratransferência de cada um e um olhar atento sobre o que se passa entre os coterapeutas, entre eles, a equipe mais ampla e a instituição. São diferentes configurações de trabalho baseadas nos mesmos princípios.

Entretanto, nem todo o trabalho de “metabolização” da nossa contratransferência em instituições é feito em reuniões. O caso dos *espaços intersticiais*, como Fustier (2012) e Roussillon (1987/1995) nomeiam, e *da intervenção no fio dos acontecimentos* (Rouchy, 1991), são particularmente importantes no contexto hospitalar.

Os espaços intersticiais se referem aos espaços de intervalos, aqueles que ocorrem entre uma tarefa e outra dos nossos processos de trabalho. Talvez o exemplo mais fácil de reconhecer seja o do “cafezinho”, mas também o “happy hour”, os momentos de chegada e saída, os corredores. Estes espaços intersticiais portam uma ambiguidade: não são espaços de trabalho no sentido de que não estamos realizando alguma tarefa naquele exato momento, mas tampouco são espaços

estranhos ao trabalho, como se estivéssemos em nosso tempo de lazer com amigos e familiares. Nem tudo pode ser dito ou feito nestes espaços sem consequências para o ambiente profissional. Neles, elementos da vida privada e profissional circulam. Experimentam-se contatos com os colegas fora de seus estritos papéis profissionais. Fustier sublinhou como esses encontros são importantes para o vínculo da equipe. Roussillon sustenta a importância dos mesmos para regular tensões, elaborar aspectos das experiências de trabalho e fertilizar reflexões em andamento na instituição.

A abordagem que o psicanalista faz destes espaços deve seguir este paradoxo de ser e não ser um momento de trabalho. Podemos acolher o sofrimento de um colega, ou buscar ser acolhido no nosso. Podemos associar mais livremente e, por vezes, encontrar saídas para os problemas do trabalho. Podemos retomar temas de discussão em ambiente menos tenso e avançar de algum modo. Dentre suas muitas possibilidades, podem se apresentar oportunidades de se compartilhar mais livremente sobre os casos atendidos e sobre o que se passa com cada um e com a equipe. Sempre se respeitando o paradoxo deste momento e, portanto, seu caráter de informalidade e horizontalidade.

Sou grato a Jean-Pierre Pinel por ter me apresentado e feito a distinção da atuação nos espaços intersticiais em relação ao que Rouchy denomina de *intervenção no fio dos acontecimentos*. A distinção é desafiante, pois a intervenção no fio dos acontecimentos pode se dar nos mesmos espaços do interstício, mas não é restrita a eles. O que a caracteriza é que, neste caso, o psicólogo ou psicanalista é convocado como profissional. Podemos ser parados em um corredor para discutir um caso, podemos endereçar um assunto pendente em uma conversa breve com uma enfermeira enquanto ela realiza algum procedimento.

São muitas as possibilidades nas quais somos interpelados ou interpelamos no exato momento em que a rotina profissional segue

ocorrendo. Então, retomando o exemplo do início desta apresentação, quando a equipe pergunta no corredor para aquela psicóloga que estava com o caso do rapaz que tinha um diagnóstico de HIV e que não queria contar para o marido, estamos falando de intervenção no fio dos acontecimentos. Perguntam se ela conseguiu convencê-lo a revelar seu diagnóstico e ouvem da psicóloga a resposta: “Ah, se fosse tão simples assim”.

Esta breve intervenção impacta a dimensão contratransferencial dos membros da equipe. Ela desarmou algo do ódio que atravessava a equipe. Ela abre um espaço para outras possibilidades. Isso opera em função do lugar transferencial, profissional que essa psicóloga ocupou para a equipe e da confiança que se estabeleceu nela.

Ela não precisa contar nada da “pequena história do paciente”. Ela não precisa entrar numa discussão de quebra de sigilo sobre o que o paciente contou para ela e que eu também não estou contando para vocês. O fato dela dizer “se fosse tão fácil assim” é o suficiente.

Encerramento

Por fim, devo fazer a ressalva de que evidentemente não estou afirmando que toda a vida psíquica da equipe se resume à relação com os pacientes e com os usuários, mas que uma parte importante, que normalmente não vemos, tem relação com isso. Há muitos outros aspectos. Por exemplo, na pandemia, percebeu-se uma quebra dos enquadres de modo generalizado. Aquilo que a gente esperava das nossas regularidades da vida, isso tudo virou fluído. E nos hospitais também houve uma série de arranjos para conseguir responder à situação de urgência.

Vimos ocorrer, como Bleger previ quando da quebra do enquadre, a emergência de angústias primitivas muito intensas, generalizadas, tanto do lado dos usuários, quanto do lado dos profissionais.

A título de exemplo, fizemos um trabalho com alguns profissionais ligados à RH e Saúde do Trabalhador de hospitais públicos durante a pandemia. Esta experiência é relatada e analisada na tese de Larissa Forni dos Santos (2025). Foram 39 sessões online, com frequência semanal, ao longo do ano de 2021. O dispositivo ofertado constitui-se como um enquadre com função de prótese, de algo constante em um mundo caótico. E os enquadres fazem a função psíquica essencial de permitirem os depósitos das nossas partes mais primitivas.

A pandemia atravessou a todos: pacientes e profissionais de saúde. Ela evidencia que nem tudo é homologia. Este exemplo também indica que nem sempre é sobre elaboração, muitas vezes – e creio que isso possa ser especialmente importante no contexto hospitalar – trata-se de sustentar-se como depositário das angústias liberadas pela quebra do enquadre. E diagnósticos e vivências de adoecimento podem operar como quebras de enquadre na vida (Silva, 2025). A instituição hospitalar, as equipes profissionais, os psicólogos, são vários os possíveis depositários. Vale lembrar que muitas vezes o que precisamos é estarmos vivos o suficiente para podermos sustentar este papel.

Bom, era isso que eu tinha para falar para vocês. Obrigado pela atenção de vocês, podemos passar para a discussão.

Mediadora: *Eu gostaria de agradecer muito pela sua fala, porque acredito que você conseguiu colocar em palavras e em termos teóricos muitas das nossas angústias enquanto psicólogos hospitalares. Acho que suas colocações ilustraram muito bem aquilo que vivenciamos e o papel que cumprimos entre os colegas.*

Quando a gente chega dos atendimentos ou mesmo quando encontra os colegas psicólogos, onde a gente pode fazer trocas mais livres, vamos dizer assim, a gente sempre traz falas da equipe, impressões sobre a equipe, e a sensação é difícil ficar solta de alguma forma aí na nossa prática. E eu acho que você traz uma abordagem que viabiliza muitas intervenções, uma mudança no olhar para a equipe. Então, gostaria de agradecer muito a fala.

Eu acho que colocou em meios mais concretos para a gente pensar nessas formas de intervenção. E ocorre pensar pelo viés da demanda também, porque, quando você fala do exemplo que a equipe solicita que o psicólogo convença um paciente de algo, esse é o pedido, mas o que existe lá dentro a esse pedido? Que sentimentos rodeiam a equipe e sempre é meio que a gente intervém. Eu até costumo brincar, no meu dia a dia com as residentes, a gente não diz nem que sim nem que não. A gente entra no meio e diz algo para a equipe, devolve algo para a equipe. Então, é muito gratificante escutar você. Eu vou abrir para as perguntas agora.

Comentário 1: *Primeiramente, quero te parabenizar pela palestra que você deu para nós aqui agora. Eu, como profissional de algum tempo já da área da psicologia hospitalar, me senti muito enriquecida pela sua palestra, as coisas que você colocou.*

Tem muitos pontos que eu achei interessante, que eu achei importante, que seria até legal a gente estar discutindo sobre isso, mas, pelo tempo curto, eu acho que eu vou ficar numa coisa ímpar para nós, que é a questão da ética profissional. Nós, enquanto profissionais psicólogos dentro da instituição hospitalar, não precisamos passar para a equipe necessariamente o que o paciente disse para a gente, para a gente colocar a situação do paciente diante daquela condição dele, daquela negação no diagnóstico, ou de uma resistência a um determinado tratamento, tudo nesse sentido. Então, a sua fala, a

sua colocação ética com relação à posição do profissional psicólogo hospitalar diante da equipe, representando o paciente, foi, para mim, muito válida. Muito obrigado a você.

Obrigado, Clara. Agora, eu vou dizer que realmente o mérito disso não é meu. Acabei de colocar no chat: tive uma orientanda que desenvolveu esse tema, a Lara, e que foi coorientada pela professora Maria Livia. A Lara discute justamente isso, do sigilo, na dissertação dela. Eu acho que é um trabalho interessantíssimo, mostra como, de fato, o que importa para a equipe não é a transmissão do imaginário, do relato do paciente (ela vai fazendo uma linha bem lacaniana — não sou lacaniano, mas estou aprendendo com ela algumas coisas). O que importa nesta transmissão da psicóloga para a equipe é da ordem mais do simbólico, quer dizer, o que a gente vai falar é o que opera na equipe, e a gente não precisa contar a história do que o paciente nos contou para operar algo de importante na equipe; quiçá isso atrapalhe. Essa, eu acho que é a grande questão dela.

A Lara pega “A Carta Roubada”, texto do Lacan sobre um conto do Edgar Allan Poe, se não me engano, em que se escreve toda uma história sobre uma carta — a carta é o centro da história e você não sabe o que está escrito na carta, porque, de fato, o que anima o processo de significação não precisa ser o que está na carta, mas sim como ela vai andando. Estou dando aqui todos os louros dessa discussão para a Lara e sugerindo a consulta à dissertação dela, que está on-line no portal da USP.

Acho que é uma discussão bacana sobre isso que você colocou, como a gente pode causar — a gente precisa intervir na dinâmica da equipe e não precisa, para isso, contar detalhes do que o paciente nos contou. A gente joga com esse lugar transferencial de suposto saber, que a gente sabe alguma coisa, e faz intervenções que não precisam

repetir o que o paciente nos contou para conseguir um efeito de trabalho na equipe quando há um conflito, quando há um impasse. Afinal, se não houver esse conflito, talvez nada precise ser feito. Esse era um caso de impasse.

Mediadora: *Eu vou fazer um comentário e agradecer a participação da Clara, e dizer, tentando complementar um pouco essa discussão, que a gente não explica nem o que é do paciente, nem mesmo o que a gente escuta ou percebe do profissional também. Porque, muitas vezes, fica tão posto a reação emocional, ou em ato mesmo. Para nós que estamos no hospital, é muito claro como as pessoas são cuidadas de forma diferente, e os profissionais cuidam do paciente de forma diferente.*

Então, a gente também percebe muito, e nem tudo que é percebido precisa ser explicitado. Talvez como se fazia anteriormente em relação à transferência. Por exemplo, de apontar para um profissional que aquela reação dele necessariamente tem a ver com algo dele; talvez não precise se dar dessa forma.

Porque eu acho que, por aí, a gente gera também algumas angústias, porque a gente não está no espaço de análise individual. Então, é uma forma de se pensar nos entremeios que parece, quando você traz o exemplo, uma frase tão desproposital. Quando a psicóloga diz: “ah, se as coisas fossem fáceis, eu faço assim”. Parece tão desproposital, mas existe todo um trabalho. Um trabalho muito refinado de intervenções em exercício.

Chegou uma pergunta aqui, Pablo, por escrito — eu vou fazer.

Pergunta 1: *Como o psicólogo deve se portar quando percebe que as demandas para o serviço de psicologia são mais do enfermeiro em si do que do próprio paciente?*

Comentário 2: *Te ouvindo também, e ouvindo as colegas aqui e suas colocações, e o trabalho também que você disponibiliza para a gente poder ter acesso, fiquei pensando na questão da carta roubada, né? E no quanto que, talvez, eu tentei puxar um pouco também para a gente pensar no quanto que muitas vezes a gente fica numa busca inalcançável, talvez, de ter que mergulhar até as profundezas e dizer das profundezas do sujeito ou da equipe para poder resolver uma questão, quando o que a gente está trabalhando está na superfície — no que é dito, no que não é dito.*

Eu pego isso porque isso vem fazer um laço com o que também o Lacan traz, pegando “A carta roubada” e pensando nisso que ele fala, que ele propõe para a gente: o conteúdo não está nas profundezas, ele fica na superfície e é pela linguagem, é pelos atos. Então, eu acho que isso também nos garante um comprometimento ético com a equipe e com o paciente que está sendo atendido.

Quero agradecer a sua fala, porque acho que torna possível pensar em inúmeras questões. Obrigada.

Eu vou responder de um lugar de diálogo e de um lugar de, como eu disse, alguém que nunca trabalhou dentro de um hospital. Então, isso é importante. É um lugar de fala de quem acompanha e orienta pesquisas feitas em hospital, tenho histórico de trabalho com equipes de saúde, trabalhei em serviços de saúde, tenho experiência de supervisionar trabalhos de equipes que trabalham em hospital e, enfim, acho que é uma marca também de uma possibilidade de uma alteridade ao conversar com vocês.

Então, dessas questões que foram colocadas, tem também uma discussão na perspectiva da análise institucional de Jean-Claude Rouchy, de que realmente a instituição e o instituinte também estão na superfície. É semelhante com o que você colocou agora, de que aquilo que de

fato caracteriza alguns padrões da instituição, da relação, daquilo que eu chamaria de alianças inconscientes, que podem ser entendidas como pactos inconscientes, que servem a cada um para se defender. Por exemplo, quando todo mundo começa a odiar um paciente, toda a equipe odeia um paciente, a equipe está se protegendo de algo. Inconscientemente, é como se “combinaram” de se proteger. Cada um pode estar mais ou menos suscetível àquilo e a gente pode fazer, inclusive, uma análise de como cada um entra ou não naquele pacto. Eventualmente, tem gente que entra no pacto só por medo de ficar de fora, nem está se protegendo de nada intrapsíquico. Mas isso nos leva para uma outra discussão, que são os espaços psíquicos comuns e compartilhados nas equipes...

Então, primeiro, queria sinalizar que tem essa dimensão daquilo que aflora, daquilo que essa crítica à ideia de uma profundidade na verdade está no cotidiano, está nos jeitos de fazer, está na repetição de alguns processos, está nisso que vocês falaram, a gente vê que pacientes são tratados diferentemente, está aos olhos, e a gente pode não ver justamente pela regularidade, por se tornar banal. Há muita luz e a gente não vê, às vezes.

E aí, o que fazer com isso? Eu não sei propriamente responder à pergunta de quando a demanda é da enfermeira, mas eu vou juntar com o comentário anterior de que vocês, no hospital, estão lá, estão vendo as coisas acontecerem. Estão vendo que uma enfermeira atua diferente com uma pessoa ou com outra, ou que ela reage. Você vê afetivamente que ela é afetada pelo trabalho e sabe que não estão em um espaço de análise para você intervir sobre isso. Foi um dos comentários.

Quero colocar duas coisas sobre isso. A primeira é o que o Roussillon diz, que quando não há enquadre, o tato é fundamental. O tato nos deixa muito mais abertos, mas a questão é que há uma diferença. Às vezes, um colega nos endereça um pedido de ajuda. Outras vezes, não

nos endereça. Quando você está numa clínica, você tem um contrato, mesmo que seja um contrato de intervenção institucional, você está desde o começo com o interventor externo, tem um contrato de que você está lá para fazer intervenções. Quando você está entre colegas, há uma coisa que é variável. Então, a princípio, você não está lá para isso, mas, em alguns momentos, te endereçam. Às vezes, você pode propor, inclusive.

Isso passa também pelas hierarquias institucionais, passa pela relação que você faz. Então, em alguns momentos, você tem uma entrada um pouco maior com algumas pessoas e você vai precisar do tato para avaliar onde dá para dizer alguma coisa ou não. Tem algumas coisas de linguagem que ajudam? Acho que sim.

Nesses cenários, o próprio Roussillon fala que a intervenção, quando o endereçamento não está tão claro, quando alguém fala alguma coisa difícil, quando a pessoa traz um sofrimento, você não vai chegar para uma pessoa que você viu que tem um problema e interpretar o problema dela, mas, se ela chega no seu café, na hora do café, e começa a pedir ajuda, talvez você possa dizer alguma coisa. Agora, é interessante que você possa dizer numa linguagem mais implicada. É mais sobre “nós” do que sobre o uso do pronome “você”. Isso é algo que tomo do que Roussillon diz da intervenção no interstício.

Eu falo: olha, é uma postura de irmos pensando juntos com o colega. Uma linguagem do tipo: “É difícil ver mesmo uma criança doente. Eu, às vezes, penso na minha filha quando eu vejo essas crianças aqui.” Quer dizer, você, às vezes, contar alguma coisa sua, abrir alguma coisa sua, ou falar em primeira pessoa do plural, se implicando junto com ela, chamando para um pensar junto sobre o que você acredita que seja a demanda da enfermeira, no caso da pergunta.

A ideia de se debruçar sobre a relação dos profissionais com seu trabalho, naquilo que esse cotidiano do trabalho mobiliza subjetivamente

no profissional, eu acho que ajuda muito para fazer a separação em relação ao espaço da psicoterapia. Porque, de fato, não dá para trabalhar onde aquilo pega na história pessoal do colega. Não dá. Digo, não dá para pegar, não dá para fazer uma intervenção sobre como aquilo que pega na história pessoal do colega. A gente vai ter que se abster disso no âmbito da equipe.

Dá para falar como o trabalho pega e trocar impressões, construir um entendimento mais ou menos conjunto, conforme o tato vai dizendo do nosso lugar transferencial naquele momento. E, às vezes, a pessoa até desenvolve, fala: “puxa vida, você falando isso, eu me toquei de que, quando era pequena, eu tive uma doença, quase morri, e estou me vendo nessa criança...”. Pode ser que o colega, às vezes, até faça essa ligação, mas não somos nós a propor nada neste caminho.

Ou seja, eu concordo que a nossa abstinência no contexto de trabalho com uma equipe passa por se abster de fazer inferências buscando atuar sobre a “intimidade psíquica” do nosso colega. Não está no nosso escopo. Não podemos. De outro lado, podemos, conforme a transferência vai se dando, um endereçamento ou não, convidar para um pensamento mais ou menos conjunto sobre como o trabalho nos afeta e dar espaço para isso e falar disso.

Além do mais, o que aparece no comportamento, muitas vezes, é algo menos simbolizado. Bleger diz que, na sessão de análise, não se deve interpretar a posição corporal do analisando, porque está muito distante; ele vai receber isso como ataque. Assim, existe ainda esta camada de complexidade quando intervimos sobre o cotidiano do trabalho, de vermos coisas no corpo, nas condutas.

Eu acho que o texto do Roussillon sobre os espaços intersticiais e o quarto de despejo, que está no livro famoso, “A Instituição e as instituições” (no Brasil, publicado em 1987 pela Casa do Psicólogo,

organizado pelo Kaes), é um texto que pode ajudar a pensar sobre as intervenções junto à equipe.

Com Lara e Maria Lívia publicamos na revista *Estilos da Clínica* um texto sobre o espaço intersticial recentemente. Claro, o espaço intersticial não dá conta de tudo no hospital; vocês têm muita intervenção no fio dos acontecimentos. Este caso é um pouco diferente. Como eu falei, há uma relação transferencial com vocês, há um pedido de que vocês possam fazer algo. Então, quando um profissional faz este tipo de pedido, da pergunta, quando você vê que o pedido é um enrosco, acho que não tem algo a priori... mas eu pensaria que é um esboço de demanda da equipe, do profissional como porta-voz (no sentido pichoniano) de alguma questão da equipe. Ele pede que algo seja feito em relação ao paciente, mas, por vezes, o modo como você lida com este pedido é uma forma de os colegas irem criando uma relação de confiança com você, para depois, em algum momento, falarem algo que permita contribuir com a equipe mais diretamente.

A referência winnicotiana ao holding também é muito potente nestes casos, quer dizer, de trabalhos não interpretativos, trabalhos que resgatam a função de cuidar do ser humano de modo geral. Também os trabalhos do Luis Cláudio Figueiredo e outros colegas sobre a metapsicologia do cuidado talvez ajudem também, porque recolocam a questão do cuidado como um cuidado para além do setting analítico e como a gente, como profissionais psi, temos uma capacidade de operar sobre isso para além do setting psicanalítico.

Enfim, há caminhos para pensar, mas eu acho que a gente teria que discutir em detalhes o que aconteceu com esse caso: uma enfermeira que pede um atendimento e você vê que é ela que está mobilizada para ver como lidar com isso.

Mas, assim, quando a gente intervém em instituição, a gente tem sempre dois focos. A nossa intervenção age sempre em dois lugares: age sobre os usuários e age sobre a equipe.

Então, o fato de a gente fazer, por exemplo, um grupo com mães que estão na UTI, isso afeta a equipe. Não sei qual vai ser o impacto a priori, mas sei que afeta a equipe, mexe com a equipe. Por isso, inclusive, às vezes, a equipe boicota o nosso trabalho com o usuário, porque está despertando angústias na equipe.

Então, eu acho que a gente precisa ter esses dois olhares. Eu trabalho com o usuário, mas isso repercute na equipe de algum jeito. Eu já supervisionei vários trabalhos em grupo, em instituição, que, de fato, o cerne do trabalho não era propriamente com os usuários, mas com a equipe. O grupo era feito com os usuários, mas o que importava ali era o efeito que a existência do grupo estava tendo sobre a equipe. São, às vezes, casos em que nem se consegue fazer o grupo com as regras que a gente acha que deveria. Mas o fato de ter um grupo naquela instituição, que nunca tinha tido grupo, por exemplo, põe a equipe para repensar as práticas, os modelos clínicos, e, às vezes, é isso que realmente importa. Então, eu imagino que isso também aconteça, às vezes, no hospital. Digo, que você possa atender um usuário, um paciente, porque, na verdade, você está entendendo que aquilo vai ser bom para a equipe, mesmo que o usuário não precise.

Mas, enfim, é uma discussão que eu acho que precisaria de uma espécie de supervisão para a gente poder falar mais alguma coisa, entender os detalhes do contexto.

Mediadora: *Eu acho que estamos contemplados em todas as questões que você nos apresentou e todo o acolhimento mesmo de questões que a gente já tinha, talvez não tão bem formuladas, mas que agora a gente pode buscar de outra forma.*

Tanto o aporte teórico, metodológico quanto a elaboração que você faz. Como eu disse no e-mail, é possível movimentar muito em nossos cenários de prática, e eu espero que você possa estar conosco em outras oportunidades.

Então, já pensando no encerramento, por conta do nosso horário, para não atrapalhar a sua rotina também, quero deixar meu agradecimento em nome da Comissão Hospitalar, em nome do CRP e dos psicólogos de Cuiabá e Mato Grosso, e abrir um espaço para o seu encerramento, se você desejar.

Muito obrigado, Pâmela, muito obrigado pelo convite, pela atenção de vocês no sábado. Eu fico pensando se eu trouxe a peste, sabe, em analogia à famosa frase de Freud quando vai para os Estados Unidos, para suas conferências na Clark University.

Eu venho de uma tradição muito marcada pela França e pela Argentina, de teorias psicanalíticas de grupo, que trabalham com análise institucional, com grupos, e que, mesmo em sua vertente francesa, se distancia da perspectiva lacaniana.

Falo de modo distanciado do modo de pensar lacaniano, que eu entendo ser muito forte na psicologia hospitalar — e me parece que faz muito sentido que o seja, entre outras coisas por aparentar ter esta enorme capacidade de intervenções curtas e potentes que o ambiente hospitalar demanda. Eu tenho aprendido muito com essas orientações, com a Maria Lívia. Acredito muito no trabalho de articulações diferentes.

Então, eu acho que a gente pode construir horizontes de trabalho conjunto entre diferentes olhares teóricos, entre diferentes disciplinas — psicologia, medicina, etc. E, nas instituições, a gente é convocado para isso. Eu penso isso dentro de uma lógica da alteridade psicanalítica, da incompletude: nosso conhecimento é incompleto e precisamos da alteridade, faz sentido trabalharmos com outros olhares e outras teorias.

Não para chegar a uma completude, mas porque a incompletude nos dá essa abertura. Isso não é fácil.

Trabalhar com diferentes teorias, diferentes olhares teóricos e diferentes disciplinas sempre põe em xeque o narcisismo de cada um, das equipes e das instituições. Digo isso para lembrar que a possibilidade de trabalhar junto não implica dizer que há uma convergência dos modos de pensar. O modo de pensar médico é diferente do modo de pensar da enfermagem, da psicanálise — e a psicanálise também são várias.

Uma das coisas que eu tenho percebido nesse diálogo com psicólogos hospitalares lacanianos, e com lacanianos que trabalham em instituições de um modo geral, é que, para a gente, numa tradição de grupo, ficamos pensando nos dispositivos. Pensamos o espaço de interstício como um local de atuação. Pensamos a intervenção no fio dos acontecimentos como um local de atuação. E pensamos a intervenção em reuniões de discussão de caso como um local de atuação.

Já me parece que os colegas lacanianos vão muito por uma ideia do que se preserve em qualquer contexto: a escuta, a possibilidade de intervenção, independente do contexto. Mas, para nós, pensar o contexto é fundamental, pois entendemos que é sempre o agenciamento dos elementos no contexto que permite que algo se opere.

Nesse fechamento, quis sublinhar essa diferença. Acho importantíssimo a gente poder dialogar, mas temos que trabalhar com algumas diferenças. E uma das principais diferenças, que aparece na prática, é essa: eu me pergunto sobre quais os espaços de intervenção e vou caracterizando cada um desses espaços, pensando em como atuar diferentemente em cada um.

Uma coisa é quando alguém da equipe te endereça uma questão como psicólogo, como alguém de um suposto saber. Outra coisa é quando, numa sala de cafezinho, a pessoa se abre com você. Uma coisa

é quando você está numa reunião de equipe, discutindo um caso; outra, é ter um analista externo que vem para discutir.

Então, vou tentando diferenciar. Acho que as diversas perspectivas conversam, se tensionam um pouco, e eu quis apontar que um ponto de tensionamento é esse: a preocupação com o contexto. No fundo, venho de uma perspectiva como a de René Roussillon, de que é a situação analisante que opera o processo—não é simplesmente o analista que faz a coisa acontecer, mas sim um conjunto de configurações que faz a coisa acontecer.

Esse conjunto pode ocorrer em grupo, com algumas condições, pode acontecer nos corredores, também com algumas condições, e aí vamos trabalhando quais são essas condições, o que vai modulando todo o jeito de trabalhar, como eu falei.

Na instituição, normalmente, você está muito mais seguro trabalhando com a equipe, chamando para uma reflexão conjunta sobre como o processo de trabalho nos afeta, nomeando—usando o seu conhecimento da psicanálise para nomear afetos e processos que acontecem e que as pessoas não entendem — mas numa coisa muito mais junto, de “olha, isso acontece conosco”.

Se sua atitude é de “olha o que vocês estão fazendo”, você se coloca fora (e acima) da equipe. Além do problema ético, vejo um erro técnico e teórico nisso, afinal, se você está dentro da equipe, de algum modo, está atravessado (inclusive de modo inconsciente) pelos processos da equipe. Não há como partir deste olhar eu/eles.

Mediadora: *Acho que você fez isso: introduziu uma alteridade para a nossa perspectiva de atuação. Penso que, com isso, vamos poder acolher, conter e transformar muitas coisas. Novamente, agradeço muito a sua presença — mesmo que virtualmente, foi de uma riqueza importante para nós.*

Como eu disse, esperamos poder contar com a sua vinda em outra oportunidade e, mais uma vez, agradecemos imensamente por participar conosco.

Obrigado, gente, boa continuidade para vocês, abraço. Obrigado pelo convite também.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALINT, Michael. Os médicos, seus pacientes e as doenças. Tradução de Aurélio Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

BLEGER, José. Psicohigiene y psicologia institucional. Buenos Aires: Paidós, 1999. *(Ano original: 1966)*

BLEGER, J. Psicoanálisis del encuadre Psicoanalítico IN: BLEGER, J., *Simbiosis y Ambiguidad*. Buenos Aires: Paidós, 1997 (ano original: 1967)

COHEN, M. C. Matriciamento em saúde mental: grupo, escuta e cuidado. São Paulo: Linear A-barca, 2025.

FERENCZI, Sándor. A elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, Sándor. Escritos psicanalíticos. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1992. p. 208-225. *(Ano original: 1928)*

FIGUEIREDO, Luis Claudio. Notas para uma metapsicologia do cuidado. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 3, n. 2, p. 46-67, 2000.

FUSTIER, Paul. L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. Nouvelle revue de psychosociologie, n. 14, p. 85-96, 2012. DOI: 10.3917/nrp.014.0085. Disponível em: URL : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-2-page-85.htm>. Acesso em: 22 jul. 2025.

GOMES, Gustavo Dean. Budapeste, Viena e Wiesbaden: o percurso do pensamento clínico-teórico de Sándor Ferenczi. São Paulo: Blucher, 2019.

HEIMANN, Paula. On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, London, v. 31, 1950.

KAËS, René. *Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris: Dunod, 2007.

KAËS, René. Analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe-conteneur. *Évolution Psychiatrique*, v. 41, n. 2, p. 339-347, 1976.

KAËS, René. Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. *Filigrane*, v. 13, n. 2, p. 5-15, 2004.

LAFRAIA, L. M.; CASTANHO, P. *Sonha-se em equipe?*. *Ágora* (Rio de Janeiro), v. 24, p. 82-90, 2021.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986. (Ano original: 1967)

MAIN, Thomas F. The hospital as a therapeutic institution. The therapeutic community. *The Lancet*, v. 2, n. 6845, p. 104-106, 1946.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B. Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, Wilmar B.; MASLACH, Christina; MAREK, Tadeusz (org.). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor e Francis, 1993. p. 1-16.

MOREIRA, Lara Mundim. *Sobre cartas e seus destinos: sigilo e psicanálise no hospital*. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. DOI: 10.11606/D.47.2021.tde-09042021-190930. Acesso em: 22 jul. 2025.

MOREIRA, Lara Mundim; CASTANHO, Pablo; MORETTO, Maria Livia Tourinho. O espaço intersticial e a transferência de trabalho na instituição. *Estilos da Clínica*, v. 27, p. 123-133, 2022.

MORRISSEY, J.; TRIBE, R. Parallel process in supervision. *Counselling Psychology Quarterly*, v. 14, n. 2, p. 103-110, 2001.

NASCIMENTO, Gustavo Chiesa Gouveia. Instituição adicta: efeitos transferenciais da clínica institucional das drogadições. 2020. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/D.47.2020.tde-19102020-171131. Acesso em: 2025-07-22.

PESCHANSKI, Camila Bassi. Complexo de privação: Uma análise da clínica do vínculo mãe-bebê, no caso de bebês com Condição Crônica Complexa em ambiente hospitalar. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. doi:10.11606/D.47.2024.tde-09092024-132133. Acesso em: 2025-07-22.

FORNI DOS SANTOS, Larissa Profissionais de saúde em tempo de pandemia (COVID-19): horizontes do dispositivo de grupo face ao terror. 2024. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

ONOCKO-CAMPOS, R. Psicanálise e saúde coletiva: Interfaces. São Paulo: Hucitec, 2014.

PINEL, J-P. Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 1989; 13:77-88.

ROUCHY, J.C.; DESROCHE, M.S. (2004) *Instituição e Mudança*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ROUCHY, Jean-Claude. Pratiques de l'intervention psychosociologique en institution. In: ROUCHY, Jean-Claude (Org.). Clinique de l'institution. Paris: Presses Universitaires de France, 1991. p. 17-34.

ROUSSILLON R. (1987) Espaços e Práticas Institucionais. O Quarto de Despejo e o Interstício. In: KAËS, R. et al. A Instituição e as Instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995

SCARCELLI, Ianni Régia. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1992. 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. doi:10.11606/D.47.1998.tde-03112005-221529. Acesso em: 2025-07-22.

SILVA, A. C. M. A vivência da sexualidade feminina no adoecimento por câncer: uma proposta de intervenção psicanalítica em grupo.2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025

SILVER, A-L.S. Countertransference, Ferenczi, and Washington, DC. J Am Acad Psychoanal. 1993; 21(4):637-654.

STANTON A.H, SCHWARTZ M.S. The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment. Nova York: Basic Books; 1954

RELATO DE EXPERIÊNCIA DOCENTE SOBRE “FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS HOSPITALARES NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER/UFMT”

Renata Costa

Entre os dias 1º e 2 de julho de 2022, aconteceu na capital mato-grossense o **I Encontro de Psicólogos/os Hospitalares de Mato Grosso**, realizado no Hospital de Câncer de Mato Grosso. Evento para o qual foi convidada a Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia – 18ª Região, para falar sobre a temática “A formação do psicólogo hospitalar em Mato Grosso”. Tal convite feito a mim se deve à experiência docente no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM)/ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Neste encontro, pude fazer um breve Relato de Experiência (RE) da minha participação docente no PRIMSCAV e do papel deste programa na formação do profissional Psicólogo Hospitalar no Estado de Mato Grosso/Brasil. O presente capítulo é inspirado na minha participação neste evento, no qual objetiva relatar e problematizar a realidade da formação continuada na Psicologia Hospitalar, em um hospital universitário, com base na realidade contextualizada no PRIMSCAV. Agreguei também o relato de experiência de outro evento, que considero correlato: **“II Fórum da Residência Multiprofissional em Saúde - Potencialidades, Desafios e Perspectivas”**, que aconteceu em novembro de 2023, no HUJM/UFMT.

Metodologia

Para a escrita do presente trabalho, a metodologia adotada foi o “Relato de Experiência” (RE). À luz de Mussi (2021), o RE deve ser entendido como expressão escrita de vivências e tem importância reconhecida na produção e discussão de conhecimentos das mais variadas temáticas. Isso se deve ao fato de que o conhecimento humano interrelaciona o saber acadêmico às aprendizagens adquiridas por meio de experiências socioculturais. Aqui, o (RE) está sendo considerado como uma modalidade de redação crítica-reflexiva, que, no presente trabalho, tem como objetivo geral evidenciar a realidade da formação do profissional da Psicologia Hospitalar em um hospital universitário, na realidade do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), ao longo dos seus 14 anos de funcionamento. Mais especificamente, relatar a sua estruturação e contribuições para a formação dos profissionais na área da Psicologia Hospitalar, em Mato Grosso.

Ainda segundo Mussi (2021), o (RE) é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica principal é a descrição da intervenção. No caso do PRIMSCAV, o principal eixo de que se trata é o ensino/formação em serviço hospitalar.

Na construção deste estudo via (RE), é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica. Mussi (2021) ainda finaliza com uma sugestão de um roteiro para construção de (RE). Propõe um processo contínuo de amadurecimento, proveniente de etapas do relato que se pretende fazer. São elas: elaboração, participação, orientação e apresentação de estudos no formato de (RE). Tal roteiro visa solidificar a edificação e organização de (RE) crítico-reflexivo, elencando

os elementos importantes que precisam ser contemplados para uma escrita de produção de conhecimento científico.

O Programa de Residência: elaboração da caracterização e contextualização do PRIMSCAV

Para caracterizar o programa, recorro ao Regimento Interno do Curso (RIC, 2019) do PRIMSCAV, aprovado em reunião plenária da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área da Saúde da UFMT (Coremu, 2019), no dia 28 de março de 2019. Segundo tal documento, o PRIMSCAV caracteriza-se como:

prática de ensino de pós-graduação modalidade residência, destinada aos profissionais graduados que atuam na área da saúde legalmente reconhecidas, na forma de Curso de Especialização *latu sensu* modalidade Residência, em que o residente executa atividades de treinamento em serviço, nos diferentes níveis de Atenção à Saúde, nos termos de toda legislação que ampara a implantação da Residência Multiprofissional (Lei Federal nº 11.129, Portaria nº 1.111/GM/MS, Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, Portaria Interministerial nº 698, 1077/MEC/MS e Resolução CNRMS 02/2012), a qual aponta a participação ativa e efetiva do profissional com destaque ao vínculo e ao compromisso com o trabalho multiprofissionalizado. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) caracterizado como Curso de Especialização *latu sensu* modalidade residência está inserido dentro da Pró Reitoria de Pós Graduação da Universidade Federal do Mato Grosso – Propeg/UFMT (Coremu, 2019).

Este Regimento Interno ainda define o objetivo geral do PRIMSCAV como:

Especializar profissionais de saúde para atuarem em serviços assistenciais na área de saúde do adulto e do idoso de modo a desenvolverem competências profissionais e atribuições privativas no âmbito do planejamento, reflexão, execução e coordenação de práticas de saúde, referenciadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) destacando a universalidade e integralidade do cuidado, interligados com a multiprofissionalidade no trabalho em equipe, intersetorialidade e eticidade em saúde, visando contribuir na relação articulada entre ensino, serviço e sociedade (Coremu, 2019).

Há uma organização do PRIMSCAV, descrita neste Regimento Interno, que define que, com relação à carga horária total, são 5.760 horas, divididas em 2.880 no primeiro ano, mais 2.880 no segundo ano. Deste total de carga horária, 80,0% (4.608 horas) correspondem às práticas efetivas em serviço e 20,0% (1.152 horas) são destinadas às atividades teóricas.

Na semana padrão dos residentes, estes cumprem 60 horas semanais, durante 48 semanas anuais. Para obtenção do título de Especialização em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular, o(a) residente precisa cumprir, no mínimo, 80% da teoria e 100% da carga horária total correspondente à prática em serviço, conforme as normatizações da pós-graduação da UFMT para cursos lato sensu e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, respectivamente.

Além disso, é garantido ao residente 01 (um) mês de férias anual, considerando o calendário de férias de docentes. As atividades práticas em serviço serão realizadas no Hospital Universitário Júlio Müller

(instituição executora do PRIMSCAV), hospitais vinculados ao SUS, bem como em unidades e instituições públicas de saúde vinculadas ao SUS e conveniadas com a UFMT, incluindo as estruturas integrantes da Rede de Atenção Básica, Secundária e Terciária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá e da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso.

Para organização dos campos de prática, a cada ano o residente, de uma maneira geral, participa de rodízios nos cenários das práticas a cada 4 meses, conforme prevê o (RIC, 2019) do curso. Estes cenários variam de acordo com os campos práticos disponíveis em cada momento, seja no HUJM, seja em Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde conveniadas com a UFMT e/ou unidades privadas ou filantrópicas de saúde. As práticas visam atender aos 3 campos de atenção em saúde: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Como forma de ingresso no PRIMSCAV, os editais no intervalo entre 2010 e 2022 estabeleciam que o ingresso se dava por processo organizado internamente pela Coordenação de Concursos da UFMT, demandado pela Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação-UFMT e COREMU/HUJM/UFMT, a exemplo do Anexo do Edital n.º 01/2022. A partir de 2024, o programa fez a adesão ao Exame Nacional de Residência. Segundo a página oficial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, hospedada no GOV.BR, a definição do ENARE é:

(...) é uma avaliação realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh/MEC) e tem como objetivo oferecer mais oportunidades de vagas de residências das áreas médica, multi e uniprofissional. Essas oportunidades acontecem por meio de adesões de diversas instituições públicas e privadas sem fins lucrativos ao programa. O sistema de classificação do Enare é muito próximo

ao Enem/Sisu, em que o candidato sai com a nota alcançada na especialidade escolhida após as provas e a utiliza para indicar onde pretende atuar. O sistema fica aberto por um tempo determinado para que cada candidato registre o local de sua escolha. As melhores notas ganham destaque em relação às menores, o que define quem ocupará as vagas disponíveis. (Enare, 2024)

Cada candidato aprovado nas seleções do PRIMSCAV, em todas as edições, independentemente da forma de ingresso no programa, recebe uma bolsa de estudos cujo valor obedece às normas estipuladas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). As bolsas de estudos são pagas pelo Ministério da Educação (MEC).

Além disso, independentemente da forma de ingresso no PRIMSCAV, a seleção dos candidatos ocorre em duas etapas: prova objetiva (composta por questões gerais de legislação aplicada à área da saúde e questões específicas para cada área) e análise de currículo. No ato da matrícula, o candidato convocado deve apresentar os formulários devidamente preenchidos e assinados, destacando-se, neste momento, o compromisso com a Dedicção Exclusiva.

A Psicologia inserida na residência: orientações e apresentação do PRIMSCAV

No PRIMSCAV, já atuei como docente de componentes curriculares teóricos, tutora dos residentes, orientadora de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e membro da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu). Minha atuação, de uma maneira geral, no PRIMSCAV data desde 2009, quando

compus a equipe que elaborou o Projeto Pedagógico deste programa, e vai até fevereiro de 2025.

Neste intervalo de tempo, apenas me ausentei nos meus afastamentos das minhas atividades docentes da UFMT (por licença-maternidade e afastamento para qualificação). Portanto, das 14 turmas ofertadas no PRIMSCAV, participei ativamente de 11 delas.

Considerando que a primeira turma aconteceu em 2010, e que há 3 vagas para o cargo de psicólogo a cada ano, o PRIMSCAV já ofertou 42 vagas para a formação de profissionais Psicólogos Hospitalares. Mas, é sabido que este número não representa o número total de egressos com formação na área da Psicologia, pois temos desistentes do PRIMSCAV por motivos diversos, geralmente por aprovação em concursos.

Como historicidade, é importante dizer que as primeiras ideias de construção se deram em 2009, a convite da Faculdade de Enfermagem, liderada pelo Professor Doutor Leocarlos Cartaxo, quem assumiu a primeira coordenação do PRIMSCAV. Este convidou, para compor a equipe multiprofissional junto à Enfermagem e iniciar os diálogos para a construção do projeto do PRIMSCAV, os Departamentos de Psicologia, Serviço Social e Nutrição. A Psicologia, ao aceitar este convite, estava sendo chefiada pela professora Doutora Paola Biasoli Alves. Estes quatro departamentos eram, e continuam até hoje, os cursos da saúde da UFMT aptos a compor o PRIMSCAV. A proporção de vagas em cada edital de abertura é a seguinte: 6 vagas para Enfermagem; e 3 para cada uma das outras 3 profissões, somando 15 vagas. Por isso, o programa é chamado de multiprofissional, por ser composto por diversas profissões.

Importante contextualizar que o Curso de Graduação em Psicologia da UFMT teve seu início a partir do ano de 2008. Então, no ano seguinte, estabelecer a parceria da Psicologia junto ao PRIMSCAV foi um convite aceito com bastante entusiasmo, mas cientes de que estaríamos diante

de um grande desafio, pois contávamos com um quadro docente bastante reduzido.

Para sustentar as práticas dos residentes nos campos de prática, temos as figuras dos Tutores e Preceptores, definições e papéis a seguir.

Segundo o (RIC, 2019) do PRIMSCAV, tutoria é:

Art. 16º- A tutoria acadêmica caracteriza-se pela implementação e o acompanhamento indireto *in loco* do processo de formação pedagógica de Residentes e no processo de trabalho, de modo geral e específico, individual e coletivo, conforme o modelo pedagógico-assistencial do PRIMSCAV, bem como pela participação no processo de avaliação de Residentes conforme a sua área profissional. (RIC, 2019)

As professoras do Departamento de Psicologia da UFMT que mais tempo permaneceram na tutoria do PRIMSCAV foram a Professora Doutora Ana Rafaela Pecora Calhao, a Professora Doutora Fernanda Cândido Magalhães, a Professora Doutora Renata Costa e a Professora Doutora Tatiane Lebre Dias. Fizemos uma espécie de rodízio nesta tutoria, com idas e vindas neste cargo, mas sempre mantendo parcerias profissionais entre nós, de valor inestimável.

Tradicionalmente, os TCRs foram orientados por vários professores do Departamento de Psicologia, na tentativa de garantir ao residente, junto a seu orientador, a expertise nas temáticas, a preservação da linha teórica do residente e a diminuição da carga de trabalho dos tutores.

Segundo o (RIC, 2019) do PRIMSCAV, preceptoría é:

Art. 15º- A preceptoría caracteriza-se pela orientação e supervisão direta dos residentes quanto as suas atividades de educação em serviço, individuais e coletivas; articulando e avaliando

o desempenho dos mesmos em conjunto com os tutores acadêmicos, segundo as estratégias metodológicas estabelecidas pelo PRIMSCAV. Acrescenta-se a responsabilidade da preceptoria no processo de avaliação de residentes conforme a área profissional (RIC, 2019).

Os preceptores (psicólogos do Ebserh/MEC/HUJM/UFMT) foram, nos últimos anos: R1s: Rafael Olímpio da Silva – Psicólogo, R1s: Isadora Soeiro Fonteles Castelo Branco; R2s: Aneliza Aparecida Borsato Jardim – Psicóloga. Houve um momento em que não havia psicólogo no HUJM; a preceptoria era, nesse contexto, assumida pela Unidade de Atenção Psicossocial, pelo enfermeiro Hugo Gedeon Barros dos Santos. Essa problemática ocorreu pelo fato de o HUJM não ter um “Serviço de Psicologia” consolidado em seu organograma.

Quando o PRIMSCAV completou 10 anos de existência, visando registrar a produção dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCRs) desenvolvidos pelas psicólogas do curso, foi publicado o livro “Psicologia Hospitalar e da Saúde: Percursos de uma Residência Multiprofissional da Capital Mato-grossense”, organizado pelas professoras Ana Rafaela Pecora Calhao, Fernanda Cândido Magalhães e, por mim, Renata Costa. Na apresentação deste livro, assinada pelas organizadoras, foi possível remontar mais um pouco da história da nossa profissão, a Psicologia, no PRIMSCAV.

Entendemos que a escolha pela ênfase “atenção cardiovascular” se deve por se tratar de questão de saúde pública grave, com fatores biopsicossociais expressivos e com causas variadas, englobando a hipertensão arterial, tabagismos, diabetes, falta de exercício físico, obesidade, colesterol elevado, dieta inadequada, consumo excessivo de

bebidas alcoólicas e estresse. (Calhao, Magalhães, Costa, 2020, pág. 9)

Buscando respeitar as especificidades da Psicologia, relato agora um pouco da história dos campos de práticas da Psicologia no PRIMSCAV, ainda com base na narrativa dos 10 anos de história, pelo livro acima citado. É importante destacar que os capítulos deste livro são resultantes de onze TCRs, de egressos do PRIMSCAV e seus respectivos orientadores. Compilo as temáticas da seguinte forma: Psicologia e envelhecimento; a escuta de pacientes diabéticos hospitalizados; o homem cardiopata e sua relação com o adoecer; o sentido da hospitalização e a proposta interdisciplinar; comunicação da terminalidade ao paciente; formação do psicólogo em saúde; avaliação de emoções e a compreensão sobre a maternidade pelo olhar das gestantes; mulheres com hipertensão gestacional; experiência de internação na Ginecologia e Obstetrícia; grupos terapêuticos com fundamento em abordagem centrada na pessoa; processo de grupo com tabagistas. Ainda à luz do referido livro (Calhao, Magalhães, Costa, 2020), os campos de práticas que a Psicologia já frequentou foram:

No HUJM, os projetos mais longínquos foram:

- **Ambulatórios do HUJM** – atendimentos psicoterápicos;
- **Unidade de Atenção Psicossocial:** Constituída por equipe multiprofissional composta por: psiquiatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, coordenados pelo enfermeiro Hugo Gedeon Barros dos Santos;
- **Projetos desenvolvidos pela Psicologia no PRIMSCAV:** assistência psicológica ao paciente e familiares nas clínicas do HUJM (médica, cirúrgica, ginecologia e obstetrícia);

- Suporte psicológico e interconsulta às equipes de saúde das três clínicas mencionadas;
- Suporte na UTI adulto e para mãe na UTI neonatal;
- Visita multiprofissional nos leitos dos pacientes;
- Educação em saúde;
- Grupo de combate ao tabagismo;
- Reuniões multiprofissionais;
- Visita domiciliar com a equipe da residência de geriatria;
- Programa de Educação em Saúde no Ambulatório de Cardiologia.

Em instituições públicas e privadas conveniadas à UFMT, os projetos mais longínquos foram:

- Serviço de Atendimento Especializado (SAE/Grande Terceiro);
- Policlínica do Planalto;
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
- Clínica da família do CPA I;
- Programa de Saúde da Família (PSF);
- Unidades Básicas de Saúde;
- Hospital Amecor;
- Hospital do Câncer;
- Educação em saúde.

Destacamos ainda que contamos com a honrosa participação da professora Doutora Maria Lívia Tourinho Moretto (USP), que prefaciou nossa obra. Diante disso, considero que esta publicação é um excelente retrato dos 10 primeiros anos do PRIMSCAV, sendo uma produção coletiva que relata a diversidade de frentes de trabalho desenvolvidas ao longo desses primeiros anos do curso.

Relato de experiência: percursos da Psicologia com a formação em Residência

Vencidas as demais etapas do roteiro proposto neste Relato de Experiência (RE) — a saber: elaboração, participação e orientação —, resta-me apresentar estudos no formato de RE. Nesta última etapa, pretendo refletir sobre as potencialidades, conquistas e desafios da presença da Psicologia no PRIMSCAV.

Os desafios enfrentados foram muitos, sendo a maioria deles já superados. Um dos desafios que perdurou por mais de dez anos no PRIMSCAV foi a realização de plantões aos finais de semana, pois não havia preceptoria nesses dias, o que impedia a permanência e a prática em serviço dos residentes psicólogos no HUJM. A ausência desses plantões agravava a dificuldade em cumprir as 60 horas semanais, já que toda a carga horária precisava ser distribuída nos cinco dias úteis, exigindo jornadas de 12 horas diárias. Hoje, com o aumento do número de psicólogos preceptores, esse antigo desafio transformou-se em uma conquista.

O HUJM conta, atualmente, com um espaço físico reduzido. Tal limitação exigiu grandes esforços e conquistas pela busca de um local adequado, especialmente para viabilizar uma sala em que os residentes pudessem se reunir, guardar seus pertences, registrar suas evoluções nos prontuários médicos e psicológicos, realizar atendimentos ambulatoriais, e até mesmo ministrar aulas dos componentes curriculares do PRIMSCAV. Posso afirmar que, ao longo do tempo, fomos exitosos nessas conquistas: atualmente, os residentes de Psicologia dispõem de um espaço adequado para suas necessidades. Entretanto, a promessa de uma resolução definitiva para a limitação de espaço está na perspectiva da nova estrutura física do HUJM.

Sobre o novo HUJM:

O Novo Hospital Universitário está localizado na MT-040, estrada que liga Cuiabá até Santo Antônio do Leverger. Serão 58,3 mil metros quadrados de área construída em um terreno de 157 hectares. O hospital terá oito blocos, com 228 leitos de internação, 68 de repouso e 63 de UTI, sendo 18 pediátricos e 25 neonatais, além de 12 centros cirúrgicos, 85 consultórios, 45 salas de exame, entre outros equipamentos. Após a conclusão da obra, a administração e operação do Hospital serão realizados pelo Governo Federal, por meio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. O Hospital Júlio Müller é utilizado na formação de profissionais da área de saúde que estudam na UFMT, como médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos, entre outras áreas. O atual hospital também atende uma série de especialidades médicas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Sinfra, MT, 2024).

Há muitas potencialidades com relação ao espaço físico deste novo HUJM. A promessa é de uma grande ampliação de serviços. Outro desafio é sobre a natureza pública ou privada dos campos de práticas. A prioridade deveria ser dada às unidades de saúde públicas da Rede de Atenção do SUS, porém, nem sempre é possível que o serviço público acolha os residentes, seja por questões políticas, de convênio da UFMT com a gestão da unidade ou por falta de espaço físico. Atualmente, um dos grandes desafios da residência está sendo subsidiar a ênfase do PRIMSCAV, que é a atenção cardiovascular. Aqui, questiona-se: a ênfase somente pode ser atendida em unidades de saúde especializadas ou sua transversalidade pode ser contemplada nas diversas práticas da residência? Por exemplo, há incidência de questões

cardiovasculares na ginecologia e obstetrícia, no tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), na diabetes, entre outros. Com relação à ênfase cardiovascular, hoje contemplamos essa área com os residentes fazendo rodízio de suas práticas em serviço na Amecor (rede privada de atenção à saúde), no Ambulatório de Cardiologia do HUJM, além de buscar contemplar a ênfase nos TCRs e nas disciplinas.

Ainda na lógica de construir este texto com base na metodologia de um RE, o que vem a seguir é resultante de minha participação em uma Mesa Redonda intitulada “Saúde e multiprofissionalidade: reflexões sobre produção e práxis na formação e atuação profissional”, no “II Fórum da Residência Multiprofissional em Saúde — Potencialidades, Desafios e Perspectivas”. Este evento trouxe potentes discussões que a comunidade interna do PRIMSCAV (residentes, tutores, preceptores, egressos do PRIMSCAV) teve a oportunidade de desenvolver. O evento aconteceu em novembro de 2023 e teve apoio do Hospital Universitário Júlio Müller, da EBSEH, principalmente do setor Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) - HUJM-UFMT/EBSEH.

Minha fala neste evento foi fundamentada à luz de Spink (2013), que é referência em diversas temáticas, inclusive “saúde e multidisciplinaridade”. Esclareço que o PRIMSCAV é multiprofissional porque oferta vagas para quatro profissões, mas discutir multidisciplinaridade ou interdisciplinaridade é refletir sobre formas de funcionamento da equipe multiprofissional e seus intercâmbios de saberes, algo que, no cotidiano da prática profissional, resulta da construção coletiva do trabalho em equipe. Assim, recorro a Spink (2013) quando afirma que um dos maiores fatores que contribuem para as problematizações do conhecimento em saúde é o fato de este sofrer fragmentações. Ela analisa tais problematizações sob dois prismas: fronteiras e complexidade do objeto de trabalho. Para Spink (2013), fronteiras disciplinares são “necessárias”, pois delimitam

um objeto de atuação, método de trabalho e uma leitura de mundo. Aliás, eu diria que é mais correto colocar “S”, configurando o plural, pois delimita objetos, métodos e leituras. Spink (2013) complementa que, em cada “caixinha de conhecimento”, temos nossas subdivisões. A exemplo da psicologia, que é minha área de formação e atuação, o conceito de psiquismo é tão diversificado quanto o número de teorias psicológicas existentes.

Arrisco a dizer que as demais áreas de conhecimento que compõem o PRIMSCAV também não são coesas entre si. Por exemplo: o serviço social, a enfermagem, a nutrição têm práticas e conceitos coesos e unânicos entre os seus pares? Aposto que não.

Para Spink (2013), os objetos e métodos de cada área de conhecimento da saúde não são excludentes; todas as áreas da saúde trabalham com focos e olhares diversos sobre a complexidade da saúde. Isso conduz à reflexão sobre as fronteiras dos conhecimentos. Spink (2013) nos indica que precisamos afirmar que possuir objetos e métodos próprios não implica em exclusão ou isolamento de suas fronteiras — ou melhor dizendo, de outras ciências afins, vizinhas. Exemplifico com a Psicologia, que “compartilha” parte de seu objeto com a psiquiatria, a neurologia, a educação, a psicomotricidade, a administração, a sociologia, entre outras áreas. Isso pode gerar, por um lado, uma sensação de “ameaça à perda da reserva de mercado”; por outro, a oportunidade de agregar conhecimentos e práticas para lidar com as complexidades dos objetos de trabalho.

Sobre a multidisciplinaridade e a intersectorialidade — e ainda tratando das fronteiras dos conhecimentos e das complexidades dos objetos —, destacamos a área da saúde porque é nossa “praia”, mas, na educação, no esporte, no judiciário, nas empresas etc., a multidisciplinaridade pode e deve estar presente, assim como na saúde. Inclusive, em muitos momentos, nós da saúde iremos dialogar

e atuar com outros setores e, em geral, essas conversas também nos impõem a intersetorialidade.

Ao abordar a complexidade dos nossos objetos de trabalho na área da saúde, ou seja, o ser humano e suas inúmeras dimensões, vamos focar em sua condição psíquica, nutricional e social, sempre atentos ao cuidado das necessidades de saúde do indivíduo, seja em decorrência de uma doença ou na sua prevenção. Isso nos remete à Epistemologia Complexa, cujo maior teórico é Edgar Morin. Em 1983, esse autor contou uma história para fundamentar/metaforizar sua Epistemologia Complexa, em contrapartida à visão compartimentalizada e reducionista do saber. Ele diz:

A estória... “Era uma vez um grão de onde cresceu uma árvore que foi abatida por um lenhador e cortada numa serração. Um marceneiro trabalhou-a e entregou-a a um vendedor de móveis. O móvel foi decorar um apartamento e mais tarde deitaram-no fora. Foi apanhado por outras pessoas que o venderam numa feira. O móvel estava lá no adeleiro, foi comprado barato e, finalmente, houve quem o partisse para fazer lenha. O móvel transformou-se em chama, fumo e cinza. (Morin, 1983, p. 134 *apud* Spink, 2013, p. 53).

Segundo Spink (2013), com tal história, Morin (1983) problematiza a leitura fragmentada em partes não comunicantes, mas sente a necessidade de se defender contra a acusação de pretender fazer uma grande síntese dos conhecimentos existentes, portanto, continua com a história:

Eu quero ter o direito de refletir sobre esta estória, sobre o grão que se transforma em árvores, que se torna móvel e acaba fogo, sem ser lenhador, marceneiro, vendedor que não veem senão

E por quê? Ainda com fundamentos em Morin, Spink (2013) vai nos explicar um dos efeitos da fragmentação do conhecimento, dando-nos uma grande chave de compreensão: o maior problema é quando o conhecimento está fragmentado em campos do conhecimento não comunicantes, multifacetados em diversas disciplinas/áreas do conhecimento. Spink (2013) evidencia o paradoxo nessa condição, que, se por um lado gera um crescimento acelerado do conhecimento, por outro, o todo não é apreendido devido a essa fragmentação. A autora, mais uma vez, traz à luz os ensinamentos de Morin quando ele defende:

Porque este campo (do conhecimento) está fragmentado em campos de conhecimento não comunicantes. Se considerarem o cérebro, ele é objeto das neurociências, que são um campo especializado da Biologia, mas também reenvia para a teoria da evolução. Já que o cérebro é resultado de uma longa evolução. Mas o espírito releva das ciências humanas, que por sua vez estão separadas em disciplinas e escolas; as ciências psicológicas, a psicologia cognitiva, a psicanálise etc. As neurociências e as psicociências encontram-se em setores universitários muito afastados e ignoram-se umas às outras. A sociologia da ciência não comunica com a história das ideias, que não comunica com a teoria do conhecimento, ou muito mal. A própria epistemologia pertence a outro domínio, e, finalmente, há o continente desconhecido da nosologia. Entre todos esses fragmentados separados há uma zona enorme de desconhecimento e damos-nos conta do que o

progresso dos conhecimentos constitui ao mesmo tempo um grande progresso do desconhecimento. (Morin, 1983, p. 20 *apud* Spink, 2013, p. 54).

Para finalizar com Spink (2013), não se trata de produzir uma estrutura de integração sintética e harmoniosa do conhecimento, nem de perder competências, pois o lenhador continuará a ser lenhador e o marceneiro, um marceneiro. Não é uma tarefa individual.

Considerações finais

Resgato aqui o objetivo deste trabalho, que é evidenciar a realidade da formação do profissional de Psicologia Hospitalar em um hospital universitário da capital mato-grossense, especificamente no PRIMSCAV, ao longo dos meus 11 anos de participação no programa.

Se anteriormente discorri sobre as potencialidades, os desafios e as perspectivas da Psicologia no PRIMSCAV, agora me dedico a concluir com a ideia de quais, na experiência que relato neste texto, são as potencialidades, os desafios e as perspectivas na formação e atuação multiprofissional, no âmbito do PRIMSCAV, recorrendo a alguns teóricos que tratam das práticas e teorias da atuação multidisciplinar e/ou interprofissional.

Infiro que falar em formação e atuação, na graduação e na pós-graduação, em uma modalidade multiprofissional, exige contrapor-se ou questionar a ideia de fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques — as famosas “caixinhas do saber” — que aqui fundamentamos, à luz de Spink (2013), como “Fronteiras do Conhecimento”. Vale lembrar que a consequência mais direta dessas fronteiras são as práticas multidisciplinares, que se contrapõem às práticas reducionistas, estas

entendidas como analisar um objeto por partes, ou seja, reduzido a somente uma parte de seu todo.

Para dialogar com Spink (2013) sobre os desafios da superação das práticas profissionais reducionistas, recorro a Costa *et al.* (2021), quando discorrem sobre a interdisciplinaridade. Sabemos que multidisciplinaridade e interdisciplinaridade não são sinônimos, porém, ambas as formas questionam e visam abandonar práticas reducionistas e fragmentadas de atuação na saúde. Para Costa *et al.* (2021), é preciso considerar que a atuação interdisciplinar não é um resultado direto do trabalho em equipe multidisciplinar.

A multidisciplinaridade se consolida por meio de ações simultâneas, envolvendo várias disciplinas sobre determinada temática eleita entre todos, sem necessariamente esgotar a relação entre os conhecimentos disciplinares, assim como não existe nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas. O enfrentamento da complexidade dos problemas de saúde exige das diferentes categorias profissionais uma atuação conjunta, que seria a interdisciplinaridade. Porém, diversos fatores interferem na efetivação da interdisciplinaridade, inclusive distinguindo a relação entre trabalho em equipe e trabalho interdisciplinar, dentre os quais destacam:

Discutir os conceitos acerca da interdisciplinaridade no âmbito da saúde é essencial para contribuir com as mudanças tanto na formação quanto na atuação profissional. A realização de um trabalho efetivamente interdisciplinar está relacionada ao reconhecimento de espaços de interação profissional. Nessa perspectiva, o (MEC) apresentou em 2001 novas Diretrizes Curriculares para os cursos dessa área, visando diminuir essas deficiências na formação em saúde. A proposta de uma formação generalista pressupõe uma concepção mais ampla, sem

ênfase na especialização, podendo contribuir para modificação do perfil profissional. Seria possível a partir daí a formação de uma cultura de convivência mais ampla, atuando e interagindo em equipe, com o propósito de transformar os padrões vigentes de atuação profissional sem desprezar as peculiaridades de cada profissão. (Costa et. *al* (2021), pág. 235).

Dando continuidade às discussões sobre trabalho interdisciplinar, recorro a um capítulo de livro de minha autoria, escrito em parceria com a egressa do PRIMSCAV, Maria Beatriz Bastos Párraga (2014–2016), no qual abordamos o trabalho interdisciplinar no processo de hospitalização. Maria Beatriz e eu consideramos que somente é possível tratar a integralidade do ser humano, de nossos pacientes acompanhados ao longo das vivências dos residentes no PRIMSCAV (e de outros programas correlatos, evidentemente), se, e somente se:

- Houver uma visão de integralidade: Ou seja, um reposicionamento na lógica do cuidado com nossos pacientes. É preciso promover a cooperação entre os profissionais da saúde, repensar práticas e tecer saberes que contemplem o paciente em sua totalidade.
- Destacar o olhar para os desejos e necessidades de cada paciente em suas subjetividades.
- Acabar com a hierarquização das profissões no tratamento à saúde, reconhecendo que todas as profissões da equipe são de extrema importância.
- Abolir os conflitos de saberes entre as diferentes áreas do conhecimento em saúde.
- Ampliar as possibilidades de articulações cotidianas entre os membros da equipe.

Assim, penso que ainda permanecem as potencialidades, os desafios e as perspectivas na formação e atuação multiprofissional. Com fins didáticos, construí uma tabela para ilustrar cada um desses termos

Quadro 1. Potencialidades, Desafios e perspectivas na formação multiprofissional e atuação multiprofissional

Dimensão	Na formação multiprofissional:	na atuação multiprofissional:
Desafios	- Pensar novas metodologias de ensino para a educação superior, que contemplem a multiprofissionalidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. - Criação de equipes de trabalho que se esforçaram pela articulação e inclusão dos enfoques biomédicos, social e psicológico.	- Trabalhos em equipe. - Práticas multidisciplinares e Intersetoriais. - Acabar com a hierarquização das profissões no tratamento à saúde. - Promoção de COMUNICAÇÃO entre os diversos campos do conhecimento da área da saúde. - Evitar reducionismos
Potencialidades	- Estágios e disciplinas multidisciplinares - Pet (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) - Propor ações nos âmbitos da pesquisa-ensino-extensão com caráter interdisciplinar.	- Promover encontros, de trocas entre as áreas dos conhecimentos, mas sem perder competências. - Tarefa coletiva.
Perspectivas	- Desenvolvimento de trocas, comunicações, busca da integralidade	Práticas que facilitem a apreensão do todo.

Fonte: Autoria própria

Para mim, o grande desafio do PRIMSCAV é a formação e consolidação da equipe multiprofissional, quiçá interprofissional. Neste ponto, recorro a Kinker, Moreira e Bertuol (2018), que afirmam que a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade têm se constituído como importantes desafios nos processos de formação profissional, tanto nas graduações dos cursos da área da saúde quanto nas formações permanentes e continuadas de profissionais na complexa realidade do SUS. Os autores destacam que a perspectiva cartesiana, a hiperespecialização e a ideologia flexneriana da fragmentação e disjunção acarretam, por um lado, o aprofundamento do saber e da prática em saúde sobre temáticas específicas, mas, por outro, uma crescente ignorância acerca da complexidade do todo desse saber.

Concordo com esses autores ao afirmar que colocar o foco da formação na complexidade do funcionamento sócio-histórico, cultural, fisiológico e subjetivo do corpo vivido torna-se cada vez mais necessário em um mundo onde a disjunção e a separação têm se mostrado ações que destroem e empobrecem a vida e a existência.

O presente (RE) sobre minha atuação no PRIMSCAV vai justamente nesse sentido, pois acredito que este ainda é o maior desafio das residências multiprofissionais. Inclusive, concluo este texto mencionando que, ao escrever este capítulo, deparei-me com escassez de referências bibliográficas sobre essa temática no âmbito das residências multiprofissionais, fato que me motivou ainda mais a escrever minha pequena contribuição. Redijo-a exatamente no momento em que encerro minha participação profissional no PRIMSCAV, após um pouco mais de uma década de experiência. Aceitei o convite do Conselho Regional de Psicologia, 18ª Região, também para “passar o bastão” adiante. Obrigada, CREPOP/MT, pela oportunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALHAO, A. R. P.; MAGALHÃES, F. C. COSTA, R. (organizadoras). **Psicologia Hospitalar e da saúde: percursos de uma residência multiprofissional da capital mato-grossense**. Curitiba: CRV, 2020.

COSTA, L. A. P.; NUNES, N. R. D. A.; MENDES, R. Interdisciplinaridade e as múltiplas dimensões do trabalho em saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 24 ago. 2021

EDITAL ENARE - <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/exame-nacional-de-residencia-enare>, disponível em 27 de dezembro de 2024.

EDITAL PRIMSCAV 2022-https://www.concursos.ufmt.br/Portal/Concursos/PSE2022_MULTIPROF/EDITAL_No_01_2022-COREMU_HUJM_UFMT.pdf disponível em 27 de dezembro de 2024.

KINKER, F. S., MOREIRA, M. I.B. BERTUOL. C. Os desafios da interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde: Notas sobre a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (UNIFESP) **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 12(1), 207-221, dez, 2018.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em 15 de fevereiro de 2025

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa, Europa-América. 2002.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de Relato de experiência como conhecimento científico. **Práx. Educ., Vitória da Conquista**, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021.

PÁRRAGA, M. B. B., COSTA, R. O sentido da hospitalização e a proposta de trabalho interdisciplinar. In: CALHAO, A.R. P. MAGALHÃES, F. C. COSTA, R. (organizadoras). **Psicologia Hospitalar e da saúde: percursos de uma residência multiprofissional da capital mato-grossense**. Curitiba: CRV, 2020.

REGIMENTO INTERNO do Curso do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), aprovado pela Comissão de Residências Multiprofissionais da UFMT, no dia 28 de março de 2019

SPINK, M.J.P. **Psicologia Social e Saúde:** práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, R.J. Vozes, 2013.

O PSICÓLOGO HOSPITALAR EM *HOME CARE*, O QUE ESPERAR?

Clara Regina Guedes Campos

O atendimento psicológico em *Home Care* é uma área de atuação relativamente nova e que se abre para os psicólogos hospitalares, oportunizando aos pacientes e familiares serem assistidos em casa.

Home Care é uma expressão usada no Brasil que identifica serviços de saúde prestados no domicílio, ou seja, na internação domiciliar. É uma expressão que deriva do inglês *Home Health Care* e engloba desde acompanhamento multidisciplinar para pacientes crônicos que têm diversos níveis de autonomia no cotidiano até a montagem da estrutura de uma UTI no domicílio do paciente. Com isso, o leque da nossa atuação e intervenção se amplia e diversifica, uma vez que o adoecimento pode provocar alterações no humor, quadros de ansiedade, baixa autoestima, estresse, sentimento de frustração, inadequação, quadros depressivos, exigindo, assim, uma adaptação do paciente e de toda a sua família no enfrentamento da nova situação. É importante lembrar que o paciente não adoece sozinho, a família adoece junto. E, nesse novo espaço de trabalho, o psicólogo hospitalar deverá se deslocar até a casa do paciente, exigindo desse profissional habilidades características singulares nesse contexto.

O atendimento em *Home Care*

O atendimento em *HOME CARE* é um tipo de internação que se distingue entre assistência domiciliar e internação domiciliar. A assistência domiciliar ocorre quando são colocados equipamentos hospitalares na casa do paciente e há a presença de profissionais

qualificados 24 horas por dia para operá-los e acompanhar o doente. Já o atendimento domiciliar tem características distintas, não se dispondo de aparato hospitalar ou recursos humanos especializados diuturnamente no domicílio. Os profissionais de saúde visitam o paciente periodicamente, e os familiares podem manusear os equipamentos necessários ao tratamento.

Na atualidade, a assistência domiciliar agrega a participação sistemática de diversos profissionais nos cuidados oferecidos ao paciente em sua casa, seja com o objetivo de prevenção de problemas de saúde ou de assistência para doenças já instaladas. Serão assistidas em domicílio pessoas acometidas pelas mais variadas doenças, em geral crônicas, que impossibilitem ou tenham acesso limitado à locomoção para o tratamento em hospitais ou clínicas.

São pacientes que não se beneficiariam de uma internação, contribuindo para a consequente diminuição de gastos institucionais, disponibilização de leitos e colaboração para evitar infecções hospitalares.

Assim, seja na assistência domiciliar ou na internação domiciliar, é comum a existência da visita domiciliar dos profissionais da equipe multidisciplinar. “É importante destacar que a visita domiciliar pode ter como aspecto positivo a aproximação dos profissionais ao contexto no qual os sujeitos estão inseridos. A maior aproximação do contexto de vida dos usuários possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e dos trabalhadores da saúde, abrindo espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação” (Paim e Almeida Filho, 1998).

O mais indicado é que o trabalho seja executado por uma equipe de saúde multiprofissional e, se possível, interdisciplinar, para prover um melhor atendimento. Vários são os profissionais que podem compor a equipe. Áreas como medicina, enfermagem, serviço social, nutrição,

fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, terapia ocupacional e farmácia podem conviver ainda com religiosos, atuando na dimensão espiritual, e arquitetos, a fim de orientar a adequação do ambiente domiciliar de acordo com as necessidades de cada paciente. Para a psicologia, o trabalho em domicílio representa um campo de atuação ainda pouco explorado, que pode contribuir para que pacientes e familiares pensem sobre a prevenção de doenças ou lidem melhor com o tratamento daquelas já existentes.

Pode-se pensar, assim, a visita domiciliar como um espaço para a construção de novas lógicas de produção do processo de saúde/cuidado, já que, com essa prática, o profissional passa a conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto concreto no qual estes estão inseridos. Nesse sentido, essa aproximação por parte dos profissionais da saúde pode gerar uma compreensão mais ampla sobre o processo de saúde/doença/cuidado da população.

Ao optar-se por trabalhar com uma compreensão mais abrangente do conceito de saúde, que possui como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, saneamento etc.), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação etc.), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética etc.) e o acesso aos serviços que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde (Ministério da Saúde, 1990), a visita domiciliar pode configurar-se como uma ferramenta de trabalho potente para os profissionais da saúde.

Do ponto de vista ético, a história da utilização da visita domiciliar como ferramenta privilegiada da assistência social e da saúde (referência) nos impõe um questionamento ético sobre os sujeitos e/ou grupos aos quais direcionamos prioritariamente as nossas práticas. De quais critérios nos valem para eleger determinados indivíduos ou famílias como principais beneficiados dessa estratégia? E, ao fazermos

essa eleição, que subjetividades e que formas de relação estamos legitimando ou reforçando? Portanto, a adoção da visita domiciliar por profissionais de quaisquer áreas de atuação deve ser acompanhada por um questionamento constante, especialmente com a intenção de não reafirmar relações de poder nas práticas de atenção à saúde de determinados grupos sociais. Assim, a partir dessas perguntas iniciais, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão de literatura ampla sobre a utilização da visita domiciliar como um instrumento de trabalho na área da saúde em geral, buscando conhecer o objetivo da utilização da visita domiciliar nos diferentes artigos encontrados, a formação dos profissionais que escrevem o artigo e a área em que o artigo foi publicado.

A solicitação do acompanhamento psicológico ao paciente é feita através da **prescrição médica**, podendo vir do desejo da família pelo acompanhamento ou da observação da equipe assistente. A primeira coisa a se fazer quando recebemos a solicitação de avaliação de um paciente é a verificação em prontuário do quadro clínico do mesmo, motivo da avaliação, solicitação por parte de quem (paciente, família ou equipe assistente) e análise de prontuário (evolução do processo de internação, tempo de tratamento, tempo esperado de tratamento, possibilidade de cura, sequelas advindas do processo de adoecimento e implicações psíquicas e sociais nesse processo). Habitualmente, a equipe de saúde solicitante envia, de forma eletrônica, essas informações. Feito isso, é importante que o profissional psicólogo hospitalar entre em contato com a família, pois é quando ele verifica a residência em que o paciente fará o tratamento e o familiar responsável por seu tratamento.

O agendamento da visita do profissional psicológico se faz necessário para que possamos advertir e permitir à família esse preparo, no sentido de analisarmos a forma com que seremos recebidos e a disponibilidade da família em nos receber. Feito contato telefônico e

agendamento, é importante observarmos a forma com que somos recebidos na residência, quem nos recebe, como se encontra o paciente para a avaliação (se foi preparado para a sessão), o local onde o paciente recebe a equipe de saúde para tratamento, banho, refeições, entre outras coisas. Considero ainda de extrema importância, nesse primeiro momento, a avaliação da estrutura familiar/social na qual o paciente está inserido e a compreensão do processo de adoecimento/tratamento por parte da família e do paciente.

Nesta modalidade de atendimento, uma das razões para que seja feito em domicílio é a impossibilidade do paciente de se dirigir aos consultórios e/ou ambulatorios. Assim, é direcionado para pessoas de todas as idades, por exemplo, com doenças agudas ou crônicas, com deficiências físicas ou não, sequelas advindas do processo de adoecimento, pacientes em processo de cura ou pacientes terminais que têm o conforto da casa e dos familiares nesse fim de vida, buscando uma morte digna, humana e com qualidade.

Fazer atendimento em *Home Care* nos coloca dentro da intimidade da família e do paciente, sua forma de vida, seus valores, estrutura social e psíquica, e nos permite acessar conteúdos que habitualmente um psicólogo não acessa. É importante que estejamos preparados para lidar com essa gama de informações e conteúdos que só uma visita domiciliar nos permite ter acesso.

A postura do psicólogo, desde o contato para o agendamento da avaliação e sua chegada na casa do paciente, deve ser de avaliar a forma como é recebido, como o mesmo se apresenta. Aprender a lidar, sem ansiedade, com os inconvenientes que surgem durante o atendimento domiciliar, conhecer as patologias, compreender os efeitos colaterais dos medicamentos, considerar sempre a particularidade de cada atendimento, de cada patologia, de cada família. O mesmo deve

apresentar seu plano de atendimento, objetivos a serem alcançados e estudar muito e muito.

Assim, podemos definir atendimento psicológico em *Home Care* como o atendimento com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e/ou morte do paciente, ajudando-o em suas dificuldades decorrentes da patologia, com o objetivo de restauração das funções não prejudicadas pela doença, de prevenção de outras que possam ser desencadeadas e do tratamento das sequelas ou do caminho natural da patologia, além de orientações aos familiares e/ou cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de psicologia hospitalar - Alfredo Simonetti

Psicologia da Saúde - um novo significado para a prática clínica - Valdemar Augusto Angerami - Camon

E a psicologia entrou no hospital - Valdemar Augusto Angerami - Camon

Psicologia social e saúde - Práticas, saberes e sentidos - Mary Jane P. Spink

Vastas confusões e atendimentos imperfeitos - A clínica psicanalítica no ambulatório público - Ana Cristina Figueiredo

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM BEBÊS INTERNADOS EM UTI: REFLEXÕES E INTERVENÇÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO SUBJETIVO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Pâmela Cristina da Rocha

A partir da experiência com bebês, seus pais e cuidadores em contexto de UTI hospitalar, intenciona-se, neste texto, articular os conceitos da Psicanálise debruçada sobre os primórdios da constituição subjetiva ao âmbito hospitalar, especialmente a partir das formulações de Jerusalinski (2002) e Winnicott (1896/1971), visando compreender e apresentar, por meio de cenas clínicas, algumas das especificidades da prática *psi* nesse contexto.

De saída, dotado de algum potencial genético e de um organismo prematuro, o ser humano é, desde o parto, a termo ou não, um ser vivo que não possui condições de sobrevivência sem um apoio externo próximo. Como espécie, possui reflexos primitivos insuficientes, mas que, na presença de um cuidador, podem ser explorados na interação com o meio, para serem posteriormente substituídos por comportamentos voluntários (Jerusalinsky, 2002; Parlato-Oliveira, 2021). A partir do reflexo de sucção, por exemplo, o bebê coordena os esquemas sensório-perceptivo-motores: mão-boca, visão-mão-boca, visão-mão-objetos, etc., desenvolvendo a ação coordenada e integrada, que lhe permitirá posteriormente agir em nome próprio sobre o mundo.

A neuroplasticidade, característica marcante do período, será modulada conforme a experiência do bebê no uso, estabilização, fortalecimento e descontinuidade das conexões neuronais que configuram o sistema mental (Papalia e Feldman, 2013). Os processos de crescimento, maturação e desenvolvimento, apesar de interrelacionados,

não ocorrem sempre no mesmo ritmo. O desenvolvimento, como uma expressão funcional e adaptativa ao mundo social e real que a criança conquista, se apoia nos recursos maturativos e de crescimento, porém os excede, incluindo os processos que organizam a personalidade e dão significação a essas conquistas – ou seja, é concebido socialmente e varia ao longo do tempo (Jerusalinsky, 2002). Como se desenvolve, então, um eu?

A Psicanálise se debruçou sobre as origens do psiquismo, buscando conhecer o que impacta o aparelho psíquico para que “eu” daí possa emergir. Freud, em seu Projeto para uma Psicologia Científica (1895/1996), distingue este processo propriamente humano, ao formular a Teoria da Pulsão como representante psíquico de um estímulo de origem somática. Os estímulos internos, como a fome, sede e outros desconfortos experimentados pelo bebê, constituem excitação para a qual este não possui instintos eficientes (como quando, sob estímulo externo de luz forte, desvia o olhar) e que, quando acumulada, alcança o aparelho psíquico, demandando expressão e uma modificação ambiental que lhe apazigue.

Em outras palavras, diferentemente das demais espécies que possuem na hereditariedade a indicação do objeto externo adequado à satisfação do instinto, o bebê humano não possui, a priori, este saber, sendo totalmente dependente de um outro que realize uma leitura de suas manifestações (como o choro, posturas, caretas – linguagem multimodalizada, para Parlato-Oliveira, 2021), para lhe realizar ofertas e proporcionar as experiências de integração física, de continuidade do existir (Winnicott, 2000) – nas ações de sustentação (*holding*), manuseio (*handling*) e apresentação de objetos (*object presenting*; Winnicott, 1990) –, de modo mediado pela linguagem.

Na ação desse agente e no apaziguamento dessa tensão, o bebê vivencia uma experiência de satisfação que gera um registro psíquico

— que, por sua vez, será sempre buscado pelo bebê. O que esse agente cuidador, na função materna, faz com essa experiência de satisfação, é vincular a pulsão aos objetos que oferece ao bebê — sendo objetos, por exemplo, o seio, a chupeta, a voz da mãe, o colo, o brinquedo, o alimento — nos primeiros meses percebidos pelo bebê, em relação a si mesmo, de modo ainda indiferenciado. Diferenciando tais objetos de si, o bebê pode se relacionar como um “eu” diferenciado do “outro” — constituir-se psiquicamente — e veicular suas pulsões a circuitos cada vez mais ricos e amplos (Jerusalinski, 2002).

Como, para a pulsão, não há objeto específico, o agente da função materna precisa colocar em cena o seu saber consciente e inconsciente na relação com o bebê, oferecendo o que for capaz. Ou seja, a experiência de satisfação passa pela significação que a mãe oferece ao bebê com seu saber singular, num cuidado não anônimo ou técnico, que sujeita o bebê ao crivo simbólico que a mãe lhe apresenta e à convocação que esta lhe faz. Isso dá sustentação para que o bebê possa se apropriar das experiências progressivamente, ser reconhecido também como autor destas, apresentar novas produções não mais calcadas nos reflexos e, posteriormente, se reconhecer como sujeito desejante (Jerusalinski, 2002).

Portanto, cada bebê é fruto de complexas interações entre genética e ambiente, incluído neste o cuidador não anônimo que lhe garanta não só a sobrevivência, mas a entrada no campo simbólico — veiculado nos atos e palavras do agente materno do cuidado. Se o bebê pode futuramente brincar e falar, está, neste início, em um tempo de ser falado e ser brincado (Jerusalinski, 2002), não existindo sem o agente materno — ou como expressa Winnicott (1990, p. 40): “Não existe essa coisa chamada o bebê”. Neste sentido, para acompanhar e intervir quando necessário, demandam-se conhecimentos a respeito desses processos, não sendo possível excluir o cuidador, seu saber e questões — sobre si, sobre o

bebê, sobre a relação e as experiências que se dão em determinado tempo e espaço — para que a escuta e a intervenção se deem.

Adentrando esse campo com Jerusalinski (2002) e sua descrição das Operações Constituintes do Psiquismo, é possível observar, como elementos norteadores para a intervenção junto aos bebês e seus pais, a presença, dificuldades ou ausência de quatro operações nessa relação inicial (da gestação à primeira infância — 0 a 3 anos, aproximadamente). Esses quatro diferentes eixos não comparecem separadamente, mas se entrelaçam nos cuidados que a mãe oferece ao bebê e também nas produções que este realiza, sendo necessário observar ambos — mãe e bebê (chamaremos de mãe o agente de cuidados que exerce a função materna), além da presença paterna (o “terceiro” da relação, corporificado ou presente nos atos e discursos maternos). Constituem as Operações Constituintes:

1 - Suposição de sujeito: o agente materno antecipa o bebê antes que este constitua o seu “eu”, reconhecendo suas ações como as de um sujeito. A mãe sabe o que ele quer, supondo “um saber nele, o qual ela detém, antes mesmo que ele possa dizê-lo” (Chamon, 2012). O manhês característico deste momento, no qual a mãe apresenta, na fala dirigida ao bebê, entonações variadas — como surpresa/admiração e reencontro/descoberta — introduz a alternância de turnos e a reversibilidade de papéis própria ao diálogo (a mãe ora faz do bebê o ouvinte, ora o faz falante) e possui poder invocante para o bebê (Jerusalinski, 2002). Como expressa Chamon (2012): “É justamente porque ela o enxerga em um ponto onde ele ainda não se encontra que ele é impulsionado em sua busca”.

2 - Estabelecimento da demanda do bebê: além de supor um sujeito, a mãe entende suas manifestações como um pedido ou demanda que o bebê dirige a ela, diante da qual ela se coloca em posição de responder. Também acompanha a realização de uma antecipação

imaginária e funcional das capacidades do bebê, de forma a fazer ofertas cada vez mais ricas de objetos e experiências que o “atendam”, permitindo que o bebê realize novas produções. À semelhança da marcha, quando se incentiva entusiasticamente o bebê a cruzar um percurso inédito de um ponto de apoio a outro; ou quando se apoia uma ação ainda impossível, como chutar uma bola, utilizar um instrumento de trabalho, atribuindo um futuro ao bebê e a suas capacidades/aquisições instrumentais. Assim, os pais demandam também do bebê, alienando-o em seu desejo neste primeiro tempo.

Tais atribuições possuem caráter arbitrário — o saber parte dos pais, a partir do que “escolhem” considerar para ler a produção e marcar o bebê com sua leitura —, sendo alvo do estímulo não o órgão/função, numa perspectiva desenvolvimentista e utilitária (arriscada para a constituição psíquica), mas o próprio bebê. Quando os pais passam a desejar o desejo deste, convocam-no a desejar fazer algo. Se, nessa ação para o bebê, se mobiliza a função dos órgãos, ele pode se apropriar desse funcionamento como sujeito, na direção do comportamento voluntário, em que o órgão, quando possível, se sujeita ao desejo do bebê. O controle esfinteriano é exemplo dessa passagem da ação passiva, que progressivamente torna-se voluntária, indicando a apropriação corporal, funcional e relacional da evacuação, a partir dos “jogos” realizados pelo bebê com os pais nesta fase, quando a demanda parental passa a ser captada para ser recusada, atendida, surpreendida, etc.

3 - Alternância presença-ausência: implica que a mãe produza uma alternância não apenas física, mas principalmente simbólica. Entre a demanda da criança e a experiência de satisfação, insere-se um intervalo — ou um silêncio — diante do qual venha a surgir a manifestação/resposta da criança. O cuidador não oferece ao bebê apenas presença ou apenas ausência, pois é nesse intervalo que o bebê pode experimentar-se futuramente como sujeito autônomo e desejante — como quando o

bebê pode perceber a relação entre sua expressão (choro, grito etc.) e a resposta materna, ampliando suas experimentações para obter diversas respostas, apropriando-se progressivamente da realidade e perdendo onipotência, em um processo chamado por Winnicott (1950/1997) de desilusão, que resulta na aquisição da capacidade de apropriação criativa do mundo pelo bebê. Outro exemplo, em que o bebê inclusive utiliza a capacidade de brincar para lidar com a ausência materna, é o jogo Fort-da, descrito por Freud (1920/1996).

4 - Alterização: Para além da ausência-presença, destaca-se a referência a um terceiro na relação mãe-bebê, geralmente representado pelo pai, mas também pelas leis sociais e culturais — evitando que a mãe faça do bebê um objeto que se presta somente à sua satisfação. Havendo essa interdição, o bebê também precisa renunciar a algumas satisfações com a mãe e reconhecer a diferença — o que lhe oferece recursos simbólicos para se constituir separado do agente materno, pois, ao “perder” a mãe, simboliza tal perda a partir de outros objetos que também o constituem, neste jogo de introjeções e, mais à frente, identificações. Observam-se os efeitos dessa função quando, além — ou aquém — do cuidado, a mãe oferece um objeto/brinquedo em seu lugar e/ou tem outros interesses além do bebê. Assim, este concebe não somente a ausência, mas a presença de outros objetos e desse terceiro elemento da relação, da qual se vê excluído, sendo, portanto, lançado à perspectiva social das relações. Ou seja, com o passar do tempo e por tais atos, o bebê pode diferenciar e estranhar pessoas, passar a aceitar o cuidado de terceiros, e aquilo que provém não só da mãe, como, por exemplo, alimentos sólidos e variados (Jerusalinski, 2002).

Quando tudo vai bem na relação, os pais realizam a seu modo as Operações Constituintes, propiciando condições de cuidado subjetivo e desenvolvimento ao bebê. Porém, por vezes, problemas quanto a essas funções se apresentam, seja por dificuldades dos agentes do

cuidado, do próprio bebê, ou por atravessamentos da realidade que prejudicam seu exercício.

Especificamente no contexto de internação, adoecimentos, malformações e deficiências, riscos à vida, intervenções intensas e muitas vezes extensas sobre o bebê e seu corpo se dão. Constata-se que não se trata de abordar somente o sofrimento dos pais ou da equipe na escuta daqueles que falam; é necessário reconhecer, sobre o bebê, sua condição de desamparo — de dependência absoluta (Winnicott, 1965/2011) — e sua inexistência subjetiva fora de sua rede simbólica familiar, para assim incluí-lo no escopo da atuação psi. A internação pode agravar essa condição de desamparo, ao afastar o bebê da relação materna íntima, privando-o da assistência psíquica necessária e, na ausência de sua fala, tomando-o como objeto de intervenção exclusivamente orgânico, destituindo-o de sua condição de sujeito, inclusive de sujeito de direitos, e, assim, produzindo sofrimento psíquico para o bebê.

Diante e a partir dessas circunstâncias e da leitura psicanalítica deste momento princeps da constituição psíquica de “Sua Majestade, o Bebê” (Freud, 1907/1996), algumas questões se apresentam: Como produzir experiências de satisfação para o bebê neste contexto? Qual o lugar dos pais e de seu saber diante do saber técnico/médico e sua concretização aparelhista? Como se dá e como preservar as operações constituintes na internação? A descrição da prática apresentada neste texto visa elaborar algumas respostas para tais questões.

Ao abordar o sofrimento nas instituições de saúde a partir da Psicanálise, questiona-se, junto a Jerusalinski (2002): Se o adulto fala, a criança brinca, e o bebê? Se este se encontra numa passividade radical, ao depender do outro que insira marcas psíquicas a partir das quais pode depois brincar e falar, ele está, então, em posição de ser falado, ser tocado, ser olhado, ser “brincado”. Se tais marcas psíquicas se dão a princípio por suas experiências com o corpo, do qual ainda irá se

apropriar, o cuidado com o bebê se dá pela via do ato, mediado pela linguagem. O bebê se dá a ver, e precisamos, portanto, saber como observá-lo e, na “justa medida”, intervir — a fim de não corroborar com os excessos presentes na internação, e com o escanteamento parental.

Neste sentido, elencam-se alguns componentes a se considerar para o atendimento psicológico aos bebês internados:

O **contexto de internação**, por si só, configura-se como um ambiente simultaneamente tedioso e hiperestimulante para o bebê, apresentando características de assepsia, restrição social, ruídos constantes dos aparelhos, luminosidade permanente, além das alterações que aí se manifestam — dor, baixa mobilidade, dificuldades funcionais, uso de dispositivos invasivos, entre outras. Somam-se a isso as especificidades de cada serviço, como unidades neonatais, cardiológicas, de terapia intensiva, entre outras, bem como as equipes multiprofissionais que atuam nesses locais. É imprescindível apropriar-se das condições clínicas dos bebês e de seus tratamentos, pois esses elementos compõem a experiência tanto dos bebês quanto de seus pais.

O **processo de Subjetivação**, anteriormente sintetizado, articula-se à compreensão de que a doença (aguda ou crônica) e a internação produzem obstáculos reais ao bebê e à sua relação com seus cuidadores; e que tal processo e suas operações não podem ser suspensos, a despeito de tais obstáculos — como impedimento de manuseio do bebê, controle de horários a partir do tratamento e suas intervenções, muitas vezes perturbadoras, afastamento familiar, entrada da equipe na dinâmica relacional, etc.

As **dinâmicas intersubjetivas** entre os sujeitos na internação: pais e bebê, pais e equipe, equipe e bebê, pais e instituição, etc., tornam-se a base de intervenção na medida em que refletem os aspectos intra e intersubjetivos que serão materiais de trabalho do psicólogo — sendo, muitas vezes, inclusive, demandada a atuação mediadora das relações.

Além dos componentes da prática, relacionam-se com estes o que podemos nomear como instrumentos de trabalho, que dependem das condições encontradas e do estilo de clínica que se faz, e que serão abordados e exemplificados ao longo do texto, mas sendo aqui destacados:

A fala: falar sobre o bebê com os pais e equipe, não apenas relativo à doença e tratamento, mas ao bebê e suas manifestações — como dormiu, como mamou, como acordou, o que parece gostar ou não, observações sobre reações a situações, necessidades expressas ou latentes/supostas, etc. É a partir desse contato, que busca a identificação com o bebê e suas experiências, apoiado na observação dos bebês (Brasil, 2017; França, 2019), que se localiza o clínico também como agente de cuidado, possibilitando as intervenções e transferências com os pais. Além disso, falar com o bebê, sujeito sem fala, mas inserido desde a pré-concepção na linguagem, (re)localiza o bebê como sujeito perante os pais e equipe.

Loucura do clínico: tal qual apresentada por Jerusalinski (2002) e manifesta nos atos e palavras dirigidas não apenas ao bebê, como pelo bebê, ou seja, fala-se com o bebê supondo que este possa responder — o que traz por efeito uma resposta formulada por alguém, sejam os pais ou equipe, por onde desvelam-se a si mesmos, de modo mediado, e por isso, facilitado, compondo elementos para a escuta clínica. Tal “instrumento” se relaciona também com o que Winnicott (2000/1971) denomina Preocupação Materna Primária, como um estado favorável à identificação com o bebê e seus estados, a fim de atender suas necessidades “de maneira quase perfeita, ou seja, com uma certa quantidade de frustração para que a falta necessária à vida seja introduzida” (Chaumon, 2012).

Manejos ambientais e atos clínicos: Diante da veemência do corpo na constituição subjetiva neste momento, a atuação sobre o simbólico

não é suficiente, sendo necessário apropriar-se de conhecimentos que permitam ao clínico, e/ou aos pais com o apoio deste, realizar ofertas e manejos voltados ao bebê, como já citado, não somente pela via do estímulo de uma função ou órgão do sentido (fazer olhar, sentar, falar, brincar, etc.), mas pela atribuição e convocação do bebê enquanto autor de sua produção, inicialmente sustentada pelo cuidador, mas na aposta de seu protagonismo futuro. Em nível ambiental, a partir de seus sinais e manifestações, realizar manejos que permitam alívio da tensão ou estímulos excessivos ao bebê (redução de ruídos e luminosidade, mudança de posição no leito e dos aparelhos, por exemplo) e ofertas que produzam evoluções cognitivas, psicomotoras, de linguagem, etc. — desde suas possibilidades reais, considerando patologias ou sequelas presentes — atreladas à rede simbólica que o sustenta e sustentará após a internação.

Estes componentes e instrumentos formam a base sobre a qual podem ser refletidos objetivos possíveis para os atendimentos que, assim como as operações constituintes, apresentam-se de forma inter-relacionada, não linear e, muitas vezes, simultânea — e buscam propiciar ou facilitar boas condições e minimizar perturbações, para que tais processos de cuidado subjetivo se sustentem:

Situar o bebê como sujeito: Nas interações e contatos cotidianos no hospital, visa-se localizar este bebê como sujeito de cuidados para a equipe e seus pais, e não um corpo em desequilíbrio ou objeto, buscando-se evitar a excessiva passivização psíquica, quando o bebê falado, movido, alimentado etc., é tomado como passivo de forma desmedida e não se oferta lugar para ele apresentar algumas realizações. Quando se antecipa, por exemplo, o alcance do brinquedo para o bebê, não o permitindo se estender e assim adquirir percepção de espaço, causa e efeito, para assimilar cognitivamente sua experiência e então, só depois, intencionalmente alcançar o brinquedo — estabelece-se assim

um complemento ao bebê, que tem sua produção autoral barrada (Jerusalinski, 2002).

Na cena clínica, em articulação mediadora com a equipe, e no “modo” de antecipação imaginária do bebê: o médico toca o bebê adormecido com o estetoscópio, este desperta assustado e chora. Não é preciso dizer ao médico, sendo possível fazer uso da loucura necessária ao clínico para traduzir a experiência, pela “voz” do bebê (dizendo “Ai que gelado, me assustei!”), implicando a equipe a perceber a dimensão subjetiva presente, e a responder para o bebê, e não para a psicóloga. Também é possível, diante da aproximação da equipe no leito — quando habitualmente agem de modo silencioso e quando já observamos reações de medo/apreensão pelos bebês — anunciar o profissional e suas intenções (“Ah, olha só quem chegou! Você já olhou assustado pra Maria, né, mas ela não vai mexer com você, ela vai mexer na mangueirinha do remédio”). Nessas abordagens, é interessante verificar que, comumente, a equipe responde para o bebê durante a intervenção e, posteriormente, faz diálogo com o bebê na ausência da psicóloga.

Tais ações e posição, a princípio, destoam aos olhares da equipe e mesmo dos pais, que observam com surpresa, estranhamento ou curiosidade. Com o tempo, observa-se a equipe protagonizar cenas de cuidado estritamente subjetivo — quando, por exemplo, conversam e ofertam colo ao bebê que chora diante da ausência dos pais, quando iniciam ações de brincar, inserindo seu saber inconsciente e autoral, “não-técnico” em cena. Observa-se que a psicologia favorece a loucura necessária comumente já presente nos agentes de cuidado, também para a equipe — favorecendo processos de cuidados autorais diante das necessidades do bebê, que estão aquém da palavra, porém nem por isso inexistem — ao sustentar tais processos inéditos ou incomuns ao contexto e à formação dos profissionais, e que poderão ser apropriados por estes agentes (pais e equipe) no cuidado ao bebê.

A partir também de manejos ambientais, situa-se o bebê como sujeito: diante da identificação de bebês recém-nascidos em placas de leito como “RN de (nome da mãe)” na internação, propõe-se a adequação destas, com o registro do nome do bebê, além da participação dos pais no adorno desta, com sua grafia e criatividade. Decorreu, a partir disso, no contexto de intervenção, que a equipe passou a utilizar o nome dos bebês nas comunicações sobre este e com este, e pôde os localizar como de ambos os pais, atenuando afetos de distanciamento familiar e assujeitamento dos bebês.

Resgate do saber e função parental: dado que a internação costuma inibir os pais diante do saber biomédico e do ambiente de alta tecnologia, a escuta ampliada objetiva sancionar o saber dos pais diante do saber técnico da equipe como um outro saber com valor, legitimando suas percepções, hipóteses, observações para se articular ao saber técnico do tratamento – uma vez que tal saber compõe o universo discursivo em torno do bebê de modo implicado para além do tratamento hospitalar, articula o bebê à sua rede simbólica familiar e suporta o exercício das operações constituintes. Depreende-se disso que escantar os pais é legitimar o desamparo subjetivo do bebê – Lembremos que o Estatuto da Criança e do Adolescente, que ampara a presença dos pais/responsáveis em ambientes de saúde de forma ininterrupta, tem apenas 34 anos (BRASIL, 1990).

Assim, na escuta parental, avalia-se o que os cuidadores observam, como compreendem e valoram tais percepções no contexto de internação, legitimando seu saber como componente do “corpo” de saber sobre o bebê – diante do comum entorpecimento desse saber, decorrente do sofrimento, da inibição diante do saber técnico, ou mesmo ante a inibição da atividade do bebê (por sua condição clínica, sedação, etc.). Considerando a intensa inibição ou silenciamento, é possível um empréstimo arbitrário de sentido na cena clínica, a partir de observações

e leitura dos sinais do bebê (alterações posturais, expressões, parâmetros clínicos monitorados, etc.) e a nomeação provisória de tais sinais, como de reação/produção subjetiva do bebê, articulado com as informações do caso clínico-orgânico e da escuta parental.

Na cena clínica, questionando (ao bebê): “Nossa, você se assustou agora. Será que foi com o barulho que fizeram? Vamos fechar a janelinha da incubadora para você ficar mais tranquilo” (realizando, ou sugerindo que os pais realizem o ato); ou então questionando (aos pais): “A equipe não referiu nenhuma alteração neste momento, será que tem algo mais incomodando ele (o bebê)?”, e, diante de inibição acentuada, na mesma cena, o empréstimo: “Será que ele quer mudar de posição no leito?”. Como apontado, tais leituras se apoiam nas fontes teórico-técnicas para observação de bebês (Brasil, 2017; França, 2019), e auxiliam para que os aparelhos ou a presença da equipe não impeçam que os pais continuem exercendo seu saber diante do bebê como sujeito, facilitando a articulação desse saber com ações de cuidado possíveis, para além do tratamento clínico – preservando, dentro de determinadas possibilidades, o exercício das funções parentais. Articula-se a escuta parental à observação de bebês na função de dobradiça pelo clínico, no testemunho das manifestações do bebê como produções singulares sustentadas também como enigmas de um sujeito em constituição – e não somente como sintomas de uma patologia orgânica (Jerusalinski, 2002).

Noutra cena, observando o bebê realizar caretas e manter expressão fechada, após verificar dor/desconforto no qual os pais também podem se implicar, pode-se destacar tais expressões do sujeito-bebê como singulares, reconhecer as características atribuídas pelos pais ao bebê e as articular à história familiar: “Ele parece irritado com algo, de onde você acha que veio isso?”. Comumente, os pais sabem algo que ocorreu na internação e/ou dizem: “Ele é bravo igual ao vô”, ou “Eu passei muito

‘nervoso’ na gravidez, acho que ele sentiu”. Assim, podemos escutar ao longo do acompanhamento como tais atribuições se inserem no jogo relacional entre pais e bebê, formulando questões norteadoras da escuta clínica, como: quais reações e sentidos surgem associados à “irritação” do bebê? Qual o lugar do avô na história familiar e como isso incide sobre a relação com os pais e com o bebê? As visitas realizadas com membros da família usualmente distanciados da internação, como os irmãos pequenos e avós, também intencionam esta articulação do bebê à sua família e história.

Escuta e mediação pais-equipe: além da mediação e função dobradiça junto aos pais e ao bebê, a dinâmica relacional entre pais e equipe é de extrema relevância neste contexto, diante do intenso e, muitas vezes, prolongado contato na internação. Algumas situações significativas, assim como o bebê, se dão a ver nessas relações, como: quando a equipe ignora o choro do bebê na ausência da mãe; quando não consegue realizar o procedimento com os pais presentes, os afastando; quando realiza o cuidado de modo exclusivamente “anônimo” e tecnicista; quando apresenta reações depreciativas ou julgadoras diante de emoções ou saber parental — principalmente quando em oposição ao saber da equipe; na ausência de expressão de percepções e dúvidas parentais à equipe; no sofrimento parental diante de procedimentos sobre o corpo do bebê com demanda de acolhimento pela equipe; no sofrimento da própria equipe ao se aproximar “demais”, dentre outros.

Tais situações podem gerar conflitos e distanciamentos, ou ainda diversos outros modos de sofrimento, com efeitos próprios a cada relação e sujeito. Além de sustentar a escuta dessas experiências, considerando a função de tratamento da equipe e de seu cuidado ao bebê junto aos pais, algumas intervenções mediadoras são possíveis, como: orientar a equipe sobre o sofrimento parental e suas diversas formas e meios de manifestação; reconhecer e acolher afetações como parte do cuidado

da equipe, possibilitando-as direcionar para modos menos adversos no contato; sugerir meios de aproximação e abordagem junto aos pais pela equipe, e vice-versa; mediar o encontro e, por vezes, o confronto entre os saberes sobre o bebê durante reuniões; dentre outros — trabalhando, assim, para que o ambiente total do bebê na internação possa ser suficientemente bom (Winnicott, 1950/1997).

Apoio ao trabalho de luto: a partir da escuta do cotidiano prévio e da internação junto aos pais, apoia-se a elaboração dos lutos mobilizados neste contexto, operando a necessária articulação das informações clínicas às expectativas sobre o bebê (que podem variar consideravelmente e rapidamente, diante do quadro orgânico), a fim de que os pais possam ir se apropriando, construindo e/ou reconstruindo, durante a internação, como exposto, suas estratégias de sustentação, manipulação e apresentação de objetos ao bebê real, conforme as possibilidades imediatas ou mediadas pela equipe.

Esta, por sua vez, também necessita constantemente modular expectativas, elaborar perdas, retrocessos e avanços no tratamento e cuidado do bebê, no que concerne às identificações e ao exercício do cuidado não anônimo, que implica em vínculo com os pais e/ou com o bebê. Ante a piora clínica, óbitos ou mesmo a alta hospitalar, podem-se gerar demandas para elaboração dessas perdas inerentes à prática profissional hospitalar.

Neste processo, põe-se em questão, para os pais, o desejo que os implica nessa função de cuidado e constituição psíquica do bebê, suscitando comumente em seus discursos a retomada da história do bebê, da gestação, da relação conjugal e dos sujeitos sob escuta. Essa questão também frequentemente se coloca aos sujeitos da equipe, junto às questões voltadas à escolha profissional, aos modos de atuação e às relações entre os membros da equipe. Histórias, e suas decorrentes

perdas e conquistas, encontram-se em constante resignificação no campo de intensidades da interação.

A escuta clínica oferece um tempo-espaço e condições para que a palavra transforme o acontecimento em experiência (acontecimento subjetivado), sendo reconhecido o campo de possibilidade — ao qual cabe a luta —, e o campo do impossível, frequentemente vivenciado como impotência, ao qual cabe o luto (Moretto, 2019).

Promoção do desenvolvimento infantil: o psicólogo situa-se também como um agente de cuidados da infância, que introduz ofertas e demandas — inclusive por meio do brincar — permitindo ao bebê experimentar diferentes esquemas que favorecem a apropriação de seu próprio corpo e o estabelecimento de interação e vínculo com as pessoas ao redor. Além disso, possibilita a conquista das aquisições instrumentais do desenvolvimento infantil (Jerusalinski, 2002).

Na cena clínica, ao ser perguntada à equipe se haveria algum motivo para que o bebê permanecesse sempre em decúbito dorsal, recebesse a negativa. Os adultos não haviam percebido — ou não tinham se dado conta disso — que o bebê, internado por meses e com atraso no desenvolvimento motor, em função da até então exclusiva e necessária posição no leito, envolvido no “ninho” (arranjo de contenção física), já poderia experimentar novas posições, sustentar a cabeça, o tronco e, posteriormente, manter-se em pé. Isso permitiria também variar seu campo de visão, passando de observar apenas o teto para perceber o entorno e as pessoas que ali circulam.

A partir de uma pergunta, abre-se um campo de possibilidades a serem pensadas sobre esse bebê — ressaltando a importância dos conhecimentos multidisciplinares para evitar intervenções compensatórias que promovam uma hiperestimulação técnica, focada apenas na função ou habilidade vista como insuficiente pelas expectativas adultas. Dessa forma, evita-se que o bebê — ou pior, um

membro ou órgão — torne-se objeto de intervenção, o que fragmentaria e suplantaria o sujeito (Jerusalinski, 2002).

Noutra cena, por meio de manejo ambiental e com o necessário cuidado às precauções e assepsia hospitalar, sugere-se que os pais tragam objetos para o bebê, como móbile e brinquedos adequados à sua condição de desenvolvimento, para oferta visual, tátil e interpessoal — visto que, ao brincar, pais e equipe interagem afetivamente com o bebê. Sugere-se, ainda, que ofereçam músicas que já ouviam juntos ou de que gostem, e que, junto à equipe, avaliem a possibilidade de novas posições, o colo parental, saída do leito ou mesmo da unidade, entre outras ações. Busca-se distanciar as profecias autorrealizáveis — quando a presença de uma patologia no bebê, de acordo com a representação dos adultos, leva à retirada de investimentos. Assim, retiram-se ou reduzem-se as oportunidades de supor um sujeito ali, de lhe dirigir ofertas e demandas, presumindo-o incapaz de responder a elas, tomados pela ideia de que “não adianta” ou que “as estatísticas não são favoráveis”. Dessa forma, a profecia se cumpre, mesmo que, inicialmente, a patologia orgânica não as impedisse (Jerusalinski, 2002; Papalia e Feldman, 2013).

Ainda nessa direção, em outra cena ao se vislumbrar a alta hospitalar, diante da fragilidade vivenciada na internação, os pais começam a falar em reclusão do bebê ao núcleo íntimo familiar ou mesmo apenas a si próprios, justificando como cuidado e proteção — levando o bebê ao isolamento, ou restrição social limitada aos contextos de tratamento e reabilitação. Torna-se necessário apontar aos pais a condição de privação imposta ao bebê, além de fornecer informações e meios para acesso aos direitos de socialização e escolarização, assim como próteses e demais recursos e tecnologias assistivas. Neste sentido, atua-se também em prol da operação de alterização e na inclusão social, possibilitando ao bebê o acesso a outras possibilidades de extensão de seu circuito pulsional.

Considerações finais

Observa-se, a partir das cenas clínicas, a função de apoio almejada, para que o agente materno e paterno possa sustentar os cuidados subjetivos em um contexto de intervenções intensas sobre o bebê e seu corpo, num momento de desamparo constitucional deste e de intensa fragilidade de seus cuidadores.

Destaca-se, quanto ao modo de intervenção, a função de dobradiça entre o bebê e seus cuidadores e, no contexto de internação, também entre bebê e equipe, e entre pais e equipe. Distingue-se das condições habituais da clínica, igualmente, pela presença da equipe, que se insere “sem querer” no âmbito das relações vinculares em um tempo delicado de constituição. Tal intervenção ocorre de modo inventivo a cada caso, mas impele a possibilidades que excedem a escuta dos falantes, para dar lugar de sujeito ao bebê. Convoca-se a Psicologia à premência da observação e do “estado de loucura necessária”, que conjectura um discurso, mesmo inibido (aos pais) ou suposto (ao bebê, como efeito do primeiro), no que se apresenta como dado a ver, configurando uma aposta no sujeito que nasceu, mas ainda precisa se constituir em relativa independência; e na capacidade dos cuidadores de sustentarem as operações necessárias para tanto.

Portanto, especificamente no contexto de internação, onde essa aposta parental titubeia diante dos atravessamentos de interposições reais e simbólicas, torna-se crucial uma atuação que não se limite apenas à perspectiva de sobrevivência do bebê, mas que se empenhe para que a internação não obstaculize, nem faça ceder, o lugar do desejo, primordial para que um sujeito possa existir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CHAUMON, Frank. Loucuras maternas. *Estud. psicanal.* Belo Horizonte , n. 38, p. 65-77, dez. 2012.

FRANÇA, N.R.A.F. Observação de bebês: método e aplicações – São Paulo: Blucher, 2019.

FREUD, S. (1895[1950]). Projeto para uma psicologia científica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1907) Atos obsessivos e práticas religiosas. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Volume IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1920) Além do Princípio do Prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Volume XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

JERUSALINSKY, Julieta. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Ágalma, 2002.

MORETTO, M. L. T. Abordagem Psicanalítica do Sofrimento nas Instituições de Saúde. São Paulo: Zagodoní, 2019.

PAPALIA, D. E. e FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre, Artmed, 12ª ed, 2013.

PARLATO-OLIVEIRA, Erika. O reconhecimento de si nos bebês. Seminário aberto, Instituto Langage. Youtube, publicado em 07 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qu-A3-5pRjM>

WINNICOTT, D. W. Natureza Humana. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W (1950). A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

WINNICOTT, D. W.(1971). A preocupação materna primária. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas., trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

2º Encontro de Psicólogas/os Hospitalares de Mato Grosso

O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ON-LINE EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA: A TECITURA EM LINHA DE UM DISPOSITIVO CLÍNICO PARA TRATAR DO SOFRIMENTO

Keli Virginia Ebert

*Como começar do início, se as coisas
acontecem antes de acontecer?*

Clarice Lispector em “A Hora da Estrela”

Este trabalho tem como objetivo o relato de uma experiência que se realizou em meio à pandemia que assolou o mundo, o novo coronavírus, o SARS-CoV-2, e, como consequência, produziu a instauração e sustentação de um dispositivo clínico psicológico on-line em uma clínica oncológica. O trabalho em questão visa também convidar a psicóloga a alguns questionamentos que se referem à saúde mental do paciente oncológico. O convite é feito sob a flexão gramatical no singular, pois as palavras aqui transmitidas tocarão de maneira particular cada uma que se debruçar sobre as linhas que seguem.

Por que entrelaçar essas duas questões acima expostas como objetivos deste trabalho? A resposta dessa questão se dará nos caminhos que o leitor percorrerá neste texto, encontrando ao final as conclusões possíveis sobre a instauração do atendimento psicológico on-line ao paciente oncológico diante do enfrentamento de uma pandemia.

Aqueles que vivenciaram os primeiros anos da pandemia do novo coronavírus sabem que foram necessárias estratégias diversas até que surgissem as vacinas como meio de contenção da contaminação em massa causada pelo vírus SARS-CoV-2. Medidas como o isolamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos eram as alternativas

disponíveis para evitar a disseminação do vírus. Para além dessas medidas, havia orientações específicas aos chamados grupos de risco, pois se tratava de um recorte da população onde se deveria ter uma maior atenção. Dentre essas pessoas, estão as que possuíam comorbidades, como o câncer.

Se a experiência sobre a inserção do atendimento psicológico on-line aqui relatada se passa diante de uma pandemia dentro de um serviço de oncologia, caberá tecer algumas especificidades referentes ao contexto onde essa prática se realizou, assim como tratar de forma concisa de algumas considerações do olhar da psicologia sobre a pessoa acometida por um câncer que se submete ao tratamento oncológico em meio a um contexto pandêmico.

A psicologia no serviço de oncologia

O setor oncológico onde este trabalho se realizou constitui-se pela oferta de serviço de terapia antineoplásica, em que são realizados todos os tratamentos que envolvem aplicação de medicamentos, como quimioterapia, terapia dirigida, imunoterapia e cirurgias oncológicas. O atendimento ao paciente oncológico se dá de forma multidisciplinar, sendo o atendimento psicológico, desde o ano de 2008, um desses trabalhos. Até o início do ano de 2020, com o advento da pandemia, supunha-se, pretensiosamente, que já havia um formato de atendimento psicológico que dava conta de tratar do sofrimento que os sujeitos diante do adoecimento por câncer enfrentavam, não sendo necessário pôr em questão novas modalidades de atendimento, ainda que elas estivessem à disposição, como é o caso do atendimento psicológico on-line.

Bem, é o ano de 2020, diante de seus acontecimentos, que nos convida a olhar e enfrentar os desafios que se colocavam e que

exigiam mudanças e adaptações da técnica psicológica já delineada por anos a fio neste serviço. Menciona-se, nas linhas acima, a palavra “pretensiosamente”, pois interessa refletir sobre os efeitos do endurecimento da técnica quando se supõe já ter domínio sobre ela, um equívoco que pode ocorrer não só entre profissionais da psicologia, pois, nesse aspecto, o campo se amplia para o humano.

A pandemia produziu um empuxo na civilização para reavaliar muito do que vinha sendo entendido como já decifrado, dominado e padronizado pela humanidade. Ela nos despertou, a quem teve olhos de ver, que o domínio escapa e tendemos a cair como reféns disso caso não tenhamos habilidade e responsabilidade para o enfrentamento do novo, que exige uma certa plasticidade para se transformar. Freud (1913), em seu texto “Sobre o início do tratamento”, já declarava que era inviável uma padronização da técnica e da prática analítica, salvo a regra da associação livre por parte do paciente, visto que tratar do sofrimento e sintoma de alguém é estar diante de uma diversidade de materiais psíquicos que escapam às regras. Desta forma, a clínica é construída de forma artesanal, como também precisa se fazer atenta à temporalidade de sua época.

Algo que talvez pudesse passar despercebido às psicólogas que muito se ajustam à técnica e ao campo teórico, deixando escapar que lidar com subjetividades é ter de se colocar no ininterrupto trabalho que nos surpreende com o novo, com o desconhecido, exigindo de nós o ato criativo de reinventar a prática clínica diante de cada caso clínico atendido. A pandemia provocou transformações diversas à vida, convidando cada pessoa e/ou instituição a produzir deslocamentos e deslizamentos necessários para a construção de uma forma de pensar, tratar e se relacionar consigo mesmo e com o mundo. Muitas pessoas e/ou instituições puderam sustentar essas transformações impostas pelo acontecimento pandêmico, entendendo que é preciso recriar

sempre. Foi a partir desses elementos que se começou a elaborar um novo enquadre clínico que atendesse o setor de oncologia em meio a uma pandemia.

Um corpo marcado pelo câncer e um tempo inscrito por uma pandemia

O segundo ponto é tratar do olhar da psicologia diante do paciente com câncer em tratamento oncológico. O diagnóstico de câncer é comumente recebido junto a um compilado de questionamentos sobre a vida; acrescenta-se a isso uma pandemia, que também proliferou psicicamente em cada um na mesma rapidez com que o vírus da Covid-19 se espalhava.

O trabalho da psicologia dentro da oncologia é um trabalho que olha, escuta e trata daquilo com que o humano tanto se debate na tentativa de desviar: o seu desamparo, a sua vulnerabilidade e a morte. Eis aí uma função um tanto quanto esquisita, mas o que é o humano senão uma composição complexa que contempla o comum e suas esquisitices, a generosidade e a mesquinhez, o medo e a coragem, cada um a seu modo e, portanto, que bom que há uma profissão interessada nas singularidades em uma sociedade marcada pelo ímpeto de padronizar para tratar, demarcar para segregar, patologizar para silenciar. Pontos esses aos quais a psicologia precisa estar atenta para não cair no equívoco de reduzir os sujeitos às suas patologias ou padrões comportamentais, excluindo as complexidades que a vida comporta, pois uma psicóloga atenta a seu tempo e crítica às dimensões culturais e sociopolíticas dentro de uma temporalidade histórica está apta a propor tensionamentos teóricos, técnicos e práticos necessários ao fazer da psicologia.

Dito de outra forma, ao parafrasear Lacan (1953), para exercer a função de psicóloga, torna-se inegociável estar conectada às realidades contemporâneas para alcançar as subjetividades do nosso tempo. Lacan (1953) menciona que “deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época”. Essa propositura lacaniana se trata de um retorno a Freud, que nunca dissociou a psicologia individual da psicologia social, possibilitando a conceituação das neuroses como resposta do sujeito diante do processo civilizatório, que impõe leis, exigindo destes uma renúncia pulsional que retorna sob a forma de sintomas.

Se temos que não se pode separar o individual do coletivo e que não devemos reduzir o sofrimento à dimensão psicológica, ainda que esta última seja uma dimensão importante, a psicologia se restringir a ela é psicologizar toda precariedade do mundo, excluindo dimensões como: a doença, social, econômica, cultural, política e histórica enquanto participantes ativas da produção do sintoma dos sujeitos e das quais toda psicóloga deve estar advertida. Afinal, uma psicologia que não admite nenhum contato com a realidade do mundo pode afundar um sujeito, como também tende a deturpar uma teoria.

A instauração do atendimento psicológico on-line: Tensionamentos da técnica psicológica diante uma crise sanitária

Retomamos assim o ano de 2020 para entrelaçar os fios do contexto histórico com as especificidades do campo em que essa experiência ocorreu. 2020 foi o ano em que o isolamento social incidiu sobre a população brasileira diante do aumento no número de casos de Covid-19, como já havia ocorrido em outros países. É importante destacar que os serviços essenciais continuaram sendo ofertados durante o lockdown

no Brasil. No setor oncológico aqui demarcado, o serviço continuou de forma reduzida e foram adotados protocolos de segurança mais rígidos contra a Covid-19. Entretanto, os pacientes em tratamento oncológico, muitas vezes imunossuprimidos, relatavam a árdua tarefa de sair de casa e se deslocarem até a oncologia. Muitos atendimentos psicológicos passaram a ser permeados pela temática do medo que esse deslocamento causava, pois o encontro com o outro promovia inseguranças — afinal, a contaminação estava presente nas ruas e em diversos espaços de circulação.

Junto à equipe oncológica, foi promovido um levantamento por parte da psicologia sobre a possibilidade de suspensão, por tempo indeterminado, do atendimento psicológico aos pacientes imunossuprimidos, mantendo-se os atendimentos àqueles que já apresentavam um quadro clínico menos crítico do ponto de vista médico, mas que, do ponto de vista psíquico, necessitavam de acompanhamento psicológico. Não existiam protocolos que orientassem sobre essa situação vivida: foi preciso criar, desmontar e reinventar práticas diante do caos.

Se, em um primeiro momento, levantou-se a possibilidade de suspensão do atendimento aos pacientes mais comprometidos fisicamente, na sequência essa alternativa foi descartada diante da incoerência que apresentava. Como oferecer uma escuta capacitada que dê bordas ao sofrimento diante do câncer, se os atendimentos psicológicos fossem suspensos? Como ir à clínica oncológica para o tratamento psicológico quando o isolamento social era condição para preservação da própria vida? Como seria possível interromper ou recusar um trabalho psicológico justamente no momento em que o aparelho psíquico desses pacientes em tratamento oncológico, já tão sobrecarregado, era exposto a um sofrimento adicional diante de um vírus temível? Assim, passou-se à construção de uma proposta que pensasse o direcionamento clínico necessário para pacientes com câncer

em estágio avançado ou em cuidados paliativos. Afinal, por um lado, esses pacientes vivenciavam dor, luto, sofrimento e medo, necessitando de uma rede de apoio presente para seguir apostando na vida; por outro, precisavam manter-se isolados para evitar uma contaminação por Covid-19 que ameaçava ainda mais suas vidas.

Além do medo de perder a vida em decorrência do câncer, surgiu também o medo de ser infectado pelo vírus e não resistir. Os rumores eram: “Se é um risco eu pegar uma gripe qualquer, quem dirá este vírus... agora tem isso também, não basta o medo de morrer de câncer, surge o medo de ser levado por um vírus.” Falas como essas ecoavam pelos corredores do serviço e, portanto, a conta não fechava: o momento exigia, com o isolamento, o cuidado redobrado com esses pacientes — não o seu silenciamento. Era preciso reavaliar um protocolo para não os silenciar, impossibilitando o trabalho terapêutico necessário. Os decretos solicitavam distanciamento físico como medida de proteção e prevenção à proliferação do vírus, porém, distanciamento físico não equivale à ausência de acolhimento e escuta atenta ao sujeito que deseja ser ouvido e ter seu sofrimento tratado.

O câncer já se configura como um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Ou seja, independentemente dos avanços técnico-científicos para o diagnóstico e tratamento de neoplasias, que muitas vezes podem ser curadas, o câncer ainda é, em alguns casos, uma doença incurável e ameaçadora da vida. Portanto, trata-se de um diagnóstico que desvela a fragilidade da vida e que, ligado a um contexto pandêmico, pode produzir mais sofrimento àqueles que já sofrem diante da fragilidade do corpo que adoece.

Surge o desafio de pensar como construir enquadres clínicos para acolher o sujeito diante de um momento incerto e desafiador, que solicitava um enfrentamento responsável. Se estávamos diante de uma realidade que rasgava novamente o véu que encobria a vulnerabilidade do humano e o arrastava diante do temível medo da morte pela doença oncológica, junto a isso temos a pandemia, que produziu um medo de morrer por outra via e que fez obstáculo à circulação da palavra do paciente, que precisava garantir sua integridade física cumprindo o isolamento social. Duas condições ameaçadoras à vida se colocavam diante desses pacientes e, com isso, circulava nas falas desses pacientes e em seus olhares uma espécie de esgarçamento do fio da esperança onde muitos pacientes se sustentavam, pois a proximidade com o outro, que antes acolhia e confortava, era agora barrada e, como consequência, foi interditada também a palavra que dava conta de produzir bordas que dosavam a angústia do vivenciado.

Diante deste cenário, podemos pensar que o sofrimento se fez tão contagioso quanto a proliferação do vírus. Sim, o sofrimento, diferente do sintoma de cada um, como propõe a psicanálise, tem um potencial contagioso. Moretto (2022) propõe essa diferença entre sofrimento e sintoma, dizendo que o sofrimento de um paciente afeta o profissional de saúde. Importante ainda, enquanto profissionais que trabalham com a saúde mental, pensar que o sofrimento não é tão somente uma reação aos acontecimentos, mas sim uma posição subjetiva em uma experiência singular. Ele é uma reação ao acontecimento, este último, como cita Moretto, pode ser datado, localizado geograficamente; o sofrimento, não.

Bom, se de um lado temos a pandemia fazendo obstáculo diante do isolamento social, por outro lado é diante da pandemia que a psicologia é convocada a atuar na linha de frente nos hospitais, na atenção e cuidado ao paciente internado pela Covid-19. A atenção à saúde mental passa

a ser considerada nas instituições hospitalares como uma dimensão que não deve ser deixada de lado. Um salto importante, ainda que um salto capenga, visto que há muito a ser transformado quando nos referimos à atenção em saúde mental dos sujeitos, em especial nas instituições hospitalares, onde ainda nos deparamos com os seguintes discursos: “você não tem nada, isso é só uma crise de pânico, você só está exausto, precisa desacelerar”. Prescrições prontas que desconsideram não só a subjetividade tão complexa de ser trabalhada como também desconsideram a dimensão social que instaura e incita os sujeitos à lógica acelerada de alta produtividade. Como desacelerar, conforme é prescrito, se a ideia neoliberal que molda e controla as subjetividades está dizendo obstinadamente que demanda existe para ser atendida, que é preciso produzir enquanto os outros dormem. Enfim, um outro trabalho que deve ser discutido, mas que aqui é posto a título de avaliarmos que o trabalho no campo da psicologia é amplo e não se faz sem considerar o entorno no qual vivemos.

Se nos hospitais a psicologia se faz na linha de frente diante do contexto pandêmico, trata-se de falar como ela se fez no serviço de oncologia aqui exposto. O serviço já possuía uma especificidade importante a ser marcada: o encaminhamento dos pacientes oncológicos ao atendimento psicológico, diante do interesse de que o sofrimento pudesse ser escutado por um profissional capacitado. Se antes a psicologia já se posicionava como uma atenção participativa no diagnóstico, tratamento, recidiva, procedimentos cirúrgicos, alta, etc., neste momento, pensando o paciente oncológico diante de dois acontecimentos devastadores — um corpo marcado pelo signo do câncer, que carrega o estigma da dor e da morte, e uma pandemia que ameaça a vida, isola socialmente e produz medos —, pensávamos em como produzir um espaço minimamente seguro para os pacientes já debilitados física e psiquicamente diante do câncer, pois, ainda que o

isolamento social fosse a forma disponível de assegurar a integridade física, o questionamento que não cessava era o de como ficava a condição psíquica, que ferramenta poderia intervir para garantir a oferta do atendimento psicológico.

Diante das incoerências da vida, que solicitava isolamento a quem precisava de uma rede de apoio que amparasse de forma capacitada neste momento, e diante do que se passava no mundo, que encontrou no recurso das tecnologias de comunicação um apaziguamento para a solidão imposta pelo isolamento, foi então formulada ao serviço a proposta de oferta do atendimento on-line como uma modalidade que foi sugerida e aprovada pelo serviço em questão. Ainda que essa modalidade já viesse sendo ofertada dentro dos consultórios de psicologia, não se sabia quais seriam os desafios técnicos, teóricos e práticos para a inserção desta ferramenta dentro de um serviço oncológico que possuía um campo com suas especificidades. A proposta do atendimento on-line convoca outras reflexões sobre o próprio atendimento on-line que interessam à psicologia, pois estamos falando de um espaço que não se situa em um território específico, mas que, por meio de fios, produz uma conexão que possibilita uma outra conexão: a do paciente com a psicóloga.

Desta forma, funda-se um dispositivo clínico-psicológico neste serviço oncológico, que se apoia nos parâmetros teóricos, técnicos e éticos da psicologia para que, através dessa tecitura em linha, se possa ir verificando, a *posteriori*, como seria a inserção desta nova prática dentro deste serviço. Temos, assim, uma base que possibilitou condições para que se lançasse diante do novo, pois, ainda que aqui nos referimos a um dispositivo (atendimento psicológico on-line) que já possuía uma regulamentação desde 2012, que autorizava a psicóloga ao seu uso (Resolução CFP 11/2012), o atendimento psicológico on-line já era regulamentado pelo Conselho Federal de Psicologia desde 2012.

Portanto, antes mesmo da pandemia do novo coronavírus SARS-CoV-2, o atendimento psicológico on-line já se fazia como uma modalidade de atendimento possível.

Foi, porém, somente durante a pandemia da COVID-19 que nos deparamos com um boom de atendimentos no formato on-line. Menciona-se “boom”, pois entre março e dezembro de 2020, o CFP registrou 99.100 pedidos de psicólogas no e-*Psi* para realizar atendimentos remotos no país, por causa dos protocolos de distanciamento social. Para se ter ideia do volume de solicitações, antes da pandemia o conselho tinha 30.677 profissionais autorizados para o serviço remoto; em nove meses, esse número até então existente triplicou.

Bem, é neste ponto que este trabalho se dedica, pois dizer que o atendimento on-line é uma possibilidade disso já estamos advertidos, mas seria ele uma possibilidade sempre? Não basta, assim, nos deleitarmos sobre uma regulamentação, ainda que ela possua seu valor, para validar uma prática que precisa ser construída. Dito de outro modo, é preciso se ancorar nas orientações, notas técnicas, regulamentações e no campo metodológico; porém, é preciso tempo para legitimar um dispositivo clínico que está sendo inaugurado, e essa legitimidade só se alcança se articularmos esses pontos de ancoragem descritos nas linhas acima à aposta de uma prática psicológica diante de um novo formato de atendimento que passa a ser construída/tecida neste serviço oncológico.

Este é o objetivo deste trabalho: narrar os desafios para pensar a modalidade do atendimento psicológico on-line neste serviço oncológico e apresentar como ela foi sendo construída no dia a dia, articulada ao campo teórico, técnico e ético, para, posteriormente, descrever a legitimidade deste dispositivo clínico, que serviu durante o isolamento social e que se sustentou por verificarmos que tínhamos uma ferramenta capaz de estender o alcance do atendimento psicológico

a um número maior de pacientes oncológicos, especialmente àqueles que ficavam desassistidos por residirem em municípios distantes da clínica oncológica ou por terem dificuldades para se deslocar até o local. Desta forma, o atendimento psicológico on-line é, hoje, dentro deste serviço, um dispositivo clínico da psicologia.

Inquietudes que decantam de uma experiência: momento de concluir

Foi com a prática sendo realizada no dia a dia que foi possível ir verificando que a presença física comporta certas especificidades que o online não comporta e vice-versa, mas foi fundamental durante o período do isolamento social se deparar com uma conexão em linha que se instaurava e ia tentando tecer as amarrações possíveis que dessem conta de algum anteparo diante do abismo vivido por cada paciente atendido. Tratava-se de uma conexão que se fazia através de linhas digitais, dada por aparelhos tecnológicos e de rede de dados, mas que permitia o contato necessário para que cada paciente tivesse a oportunidade de elaborar um processo de sofrimento através do trabalho terapêutico, o que nos mostra uma psicologia atenta a seu tempo para elaboração do processo de lutos e sofrimentos.

A inserção da modalidade de atendimento psicológico online nesta experiência foi mostrando que, para traçar um percurso fiel à ética da psicologia, é necessário ter que declinar de ofertas que a tudo respondem de forma eficaz, pois exercer essa função é se deixar convocar a descobrir conceitos, transformar articulações hipotéticas, analisar os equívocos, ressignificar teses e repensar evidências, para que, assim, sejamos tocados pelo próprio desejo de seguir transmitindo isso que recebemos como resultado de uma prática.

O que acreditávamos ser momentâneo, pois em breve voltaríamos aos modelos de atendimento tradicional, tornou-se uma ferramenta que se mostrou permanente, pois o espaço necessário para que um processo terapêutico pudesse ser manejado e o trabalho acontecesse se

situou menos em uma estruturação física adequada. O espaço em que uma clínica psicológica se constitui só se faz através de uma travessia que precisa ser experienciada pregressamente pela própria psicóloga em sua formação, quando a psicóloga em formação vai em busca do seu próprio processo terapêutico ou analítico e encontra um espaço onde é acolhida e escutada para posteriormente se autorizar enquanto psicóloga e assim poder acolher e escutar aqueles que a procuram.

Sabemos que, com a pandemia, o formato de atendimento online se expandiu e se tornou campo de extenso estudo na psicologia. Essas são construções que seguem se fazendo, e essa experiência faz parte dessas construções, pois conta de uma articulação que se fez costurada pelos **fios** da ética, da teoria, da técnica e da prática no dia a dia deste serviço narrado, mostrando que a psicologia precisa se fazer **conectada** à subjetividade do seu tempo.

Para um momento de concluir, interessa mencionar que a instauração emergencial do atendimento online não foi algo que se desfez com o fim do estado de Emergência de Saúde Pública da pandemia, conforme declarado pela OMS em 5 de maio de 2023. A pandemia se esvazia em sua potencialidade letal, permanecendo entre nós de uma forma menos bruta talvez, mas deixa seus resquícios de dor diante das perdas sofridas, como também deixa as transformações no campo da ciência, da experiência e da vida. Assim, faz-se importante finalizar este trabalho marcando que este dispositivo clínico de atendimento psicológico online no serviço de oncologia aqui tratado segue como uma ferramenta que produz presença para estabelecimento do vínculo terapêutico entre psicóloga e paciente, pois a presença não se reduz ao corpo matéria, ainda que seja somente sustentada sob um corpo que é possível estar diante do outro. A vida vai nos mostrando que não basta o corpo físico para que o encontro aconteça, portanto, para que o trabalho psicológico se instaure, é preciso da disposição de uma

escuta psicológica circundada pela técnica e ética. Isso é o que realiza o ato terapêutico. Afinal, uma psicóloga não se situa em um aparelho eletrônico, mas sim na escuta e na palavra atravessada pela ética, técnica, teoria e prática.

E assim, parafraseando Barthes (1979), é que se encerra esta escrita sobre o que aqui pode ser dito, e o que se quis dizer para que pudesse ser transmitido sobre essa experiência não podia dizê-la melhor do que escrevendo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTHES, Roland. Rumor da língua. São Paulo: Martins Fontes, 2004a.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913). In: FREUD, Sigmund. O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Volume XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). Trad. Paulo César de Souza. Obras Completas Volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921). In: FREUD, Sigmund. Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – Volume XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: LACAN, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LISPECTOR, Clarice. A hora da estrela. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1998.

MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZKULNIK, Léia. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0101-48382014000200007&lng=pt&rm=iso. Acesso em: 13 abr. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Site da OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. 17 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 9 jul. 2022.

PERSPECTIVAS SOBRE O SOFRIMENTO EM SITUAÇÕES DE LUTO, CUIDADOS PALIATIVOS E ENVELHECIMENTO

Raul Bruno Tibaldi Nascimento

Circula pela internet uma reflexão frequentemente atribuída tanto a Buda como aos escritores Carlos Drummond de Andrade e Martha Medeiros, ou ao filósofo Leandro Karnal, mas que dizem constar, na verdade, em um livro do norte-americano Tim Hansel. Trata-se da afirmação de que “a dor é inevitável, mas o sofrimento é opcional”. Apesar de compreender o objetivo geralmente moralizante de quem recorre a essa frase, não posso deixar de me perguntar se sofrer é mesmo sempre opcional. Afinal, como apontam Barus-Michel e Camps (2003, p. 62), por exemplo, “os sofrimentos assumem as formas propostas e autorizadas pela cultura. A sensibilidade ao sofrimento varia de acordo com as épocas e as sociedades”.

Tecer tal questionamento se mostrou pertinente justamente à época da minha preparação para o 2º Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia/18ª Região, em 2023. Isso se deve ao fato de que, dentre outros objetivos, o evento visou à discussão e reflexão sobre transformações e impactos suscitados pela pandemia da Covid-19 no que se refere à intensificação do sofrimento psíquico dos sujeitos.

Especificamente, como integrante de uma mesa-redonda com o tema “Modalidades de sofrimento em contextos de saúde”, e tendo sido convidado por meu trabalho clínico em cuidados paliativos, luto e envelhecimento, procurei comentar sobre aspectos de discursos dos campos *psi* relativos ao sofrimento decorrente de perdas geralmente vivenciadas nessas situações e sobre como o contexto pandêmico pode ter alterado nossas formas “autorizadas” de sofrimento. Nesse

sentido, o presente texto resgata, amplia e atualiza minha exposição naquele evento.

Repercussões da pandemia no acompanhamento a processos de luto

Já de início, é preciso ressaltar que, na ocasião do 2º Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso, já haviam sido registradas mais de 700 mil mortes por Covid-19 apenas no Brasil (Oliveira, 2023). Dada a magnitude de números como esses, Radley *et al.* (2024) afirmam que a pandemia do coronavírus intensificou consideravelmente a necessidade de lidar com a morte em nossas vidas, forçando-nos a contemplar a possibilidade do fim tanto da nossa existência como da de pessoas que amamos. Desse modo, pensar e falar mais abertamente sobre a morte se tornou algo mais provável de acontecer, pelo menos para algumas pessoas.

Igualmente sob o jugo do contexto pandêmico, psicólogas certamente se deram conta de que precisariam falar sobre perdas, morte e, conseqüentemente, sobre luto. Mas é claro que isso não pode se dar de uma forma qualquer. Como lembram Rangel e Loures (2021, p. 55), “é muito comum, nos processos de luto, as pessoas quererem dar conselhos, dizer palavras e expressões no intuito de acalantar o enlutado, que vêm repletas de significados para quem fala e não necessariamente para o outro”. Para psicólogas, entretanto, isso deve ser substituído por, no mínimo, algum nível de educação formal que possibilite cuidar e intervir sem produzir mais danos.

Entretanto, achados de uma pesquisa sobre as relações entre medo da morte e formação acadêmica com 279 estudantes e profissionais de psicologia mato-grossenses (Nascimento, 2021) sugerem que esse processo pode não ser tão simples. Ao menos 75% das participantes afirmaram não ter tido contato com disciplinas específicas que

abordassem a questão da morte, e mais da metade delas discordou em alguma medida da afirmação de que o curso de graduação em Psicologia as preparou para lidar com questões da morte e do morrer. Agora, será possível acompanhar, apropriadamente, processos de enlutamento sem alguma familiaridade com o tema da finitude?

Felizmente, no que tange a essa questão, podem ser reconhecidos alguns avanços. Com a pandemia, foi notável a expansão da oferta de cursos a distância e do uso de redes sociais, especialmente o Instagram, que se tornou, inclusive, espaço de trabalho para muitas psicólogas. Por consequência, surgiram variadas possibilidades de formação acessíveis de casa, na palma da mão e a alguns palmos dos olhos.

Em contrapartida, avanços acompanharam também alguns percalços. “Especialistas do luto” de procedência duvidosa surgiram aos montes. Com eles, por exemplo, são oferecidos cursos rápidos de alguns dias, que ensinam profissionais a “superar ou curar lutos”. Teorias desatualizadas, como a das fases do luto, continuam sendo reproduzidas por quem ainda não se aprofundou e se atualizou no tema.

E situações como essas preocupam ainda mais, considerando que inúmeras experiências de luto suscitadas durante a pandemia foram agravadas por circunstâncias desse contexto. Dessa maneira, profissionais que se propõem a dar suporte a enlutados precisam ter conhecimento não apenas de aspectos do processo de luto já consolidados pela literatura, como também daqueles configurados especificamente no contexto pandêmico (Buckley *et al.*, 2024).

Nesse sentido, algumas pesquisas (Alves *et al.*, 2024; Canuto *et al.*, 2023) mostraram que diferentes experiências de hospitalização e de perda por Covid-19 apresentaram peculiaridades em comum, que podem refletir no processo de adaptação ao luto. Elas indicam que, durante a pandemia, inúmeras pessoas não puderam acompanhar a internação hospitalar dos familiares; tiveram experiências ruins de

comunicação com as equipes de saúde, tendo que lidar, por exemplo, com a falta de informações precisas sobre o estado de saúde dos entes queridos; não puderam realizar rituais fúnebres tradicionais; tiveram que lidar com múltiplas mortes na mesma família, entre outros elementos.

Em se tratando do cenário brasileiro, somam-se a isso o negacionismo por parte do Governo Federal, o incremento exponencial diário do número de mortes por Covid-19, a incapacidade do sistema de saúde para atender a todos os pacientes, a necessidade de continuar trabalhando mesmo sem medidas de biossegurança e a drástica redução de suporte social. Assim, ao mesmo tempo em que tentavam compreender e se ajustar a uma realidade caótica, muitos enlutados tiveram que se haver com os próprios lutos, confinados na esfera privada (Sola et al., 2024).

A pandemia de Covid-19 se configurou, então, como um verdadeiro e crítico “estado de exceção”, que impactou drasticamente as experiências de perda. Dadas as condições anteriormente mencionadas, é possível falar numa espécie de “luto pandêmico suspenso”, marcado por sensações de abandono e isolamento, antes e depois das mortes, dificultando ou prolongando o processo de adaptação à realidade das perdas (Sola et al., 2023).

Além disso, a falta de suporte social pode contribuir significativamente para o risco de desenvolvimento do chamado Transtorno de Luto Prolongado (TLP) (Hanauer et al., 2023; Harrop et al., 2023), categoria diagnóstica consolidada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association* [APA], 2022) e na Classificação Internacional de Doenças (*World Health Organization* [WHO], 2023), justamente no momento em que mal saíamos da pandemia. Essa conjuntura inspira ainda mais cautela diante do risco de patologizar processos agudos de luto, mas também

do de relativizar processos prolongados e desadaptativos de luto que requeiram intervenções diferenciadas.

Morte (e vida) nas modalidades de sofrimento em contextos de saúde

De acordo com Barus-Michel e Camps (2003, p. 60), “a morte é sempre o que se apresenta no horizonte do sofrimento. [...] Nascido para morrer, nascido para sofrer, esse é o destino de que apenas o homem entre os vivos tem consciência [...]”. Isso precisa ser levado em consideração em uma perspectiva sobre o sofrimento em contextos de saúde, além do fato de grande parte da sociedade ainda reforçar o tabu em torno do tema da morte.

Ao mesmo tempo, penso ser importante atentar para o risco de oferecer uma escuta enviesada pelo desejo de ouvir e falar apenas sobre a morte. Com base em algumas de minhas experiências profissionais, arrisco dizer que as pessoas nem sempre parecem sofrer pelas perdas em si. Elas parecem sofrer pela vida em si. Eu não atendo apenas a mulher que perdeu o marido, mas também a mulher desconfortável com o novo status de viúva ao encontrar uma conhecida no supermercado. Eu não atendo apenas a senhora com uma doença pulmonar obstrutiva crônica, mas sim aquela que entra em conflito com a família porque gostaria de fumar um cigarro. Eu não atendo apenas o homem com Alzheimer precoce, mas o homem que não pode mais trabalhar, nem dirigir. Ou seja, o sofrimento parece estar ligado às dificuldades impostas à vida diante das perdas, seja pela morte de outrem, seja por um processo de envelhecimento ou de adoecimento.

O estudo de Hoffmann, Santos e Carvalho (2021, p. 8) com pacientes em cuidados paliativos ilustra melhor esse ponto, ao concluir que “a dificuldade em se falar sobre a morte não necessariamente se encontra

em si mesma, mas sim em identificar o sentido que ela tem para a pessoa e os sofrimentos subjacentes”. No caso, esses pacientes sofrem pelo estigma social, pela perda de autonomia e de independência, pelo sentimento de impotência, pela preocupação com o bem-estar da família antes e depois da morte, dentre outros aspectos.

Ademais, creio que essas reflexões podem evidenciar o risco de abordar os sofrimentos decorrentes do luto, envelhecimento ou adoecimento como problemas de natureza estritamente psicológica, e não relacional e/ou psicossocial. Para Barus-Michel e Camps (2003), o sentido que se rompe com experiências como essas “é apenas possível na relação que temos com o outro” (p. 60), especialmente na medida em que “aquele que sofre se encontra na confluência da subjetividade e da realidade exterior, do individual e do social” (p. 63).

Atendimento psicológico em contextos de luto, cuidados paliativos e envelhecimento

Na tentativa de contribuir, de maneira prática, com as discussões ora empreendidas, serão apresentadas, a seguir, algumas sugestões para o trabalho das psicólogas com luto, cuidados paliativos e envelhecimento, os quais frequentemente implicam em sofrimento em contextos de saúde. Apesar de se tratar de situações, por vezes, intrinsecamente relacionadas, faz-se necessário, didaticamente, destacar particularidades do atendimento psicológico em cada uma delas.

No atendimento de pessoas enlutadas, recomenda-se iniciar com uma investigação mínima de aspectos relacionados a: (a) história da perda, incluindo, por exemplo, circunstâncias da morte e realização de rituais fúnebres; (b) história da relação do enlutado com a pessoa falecida; (c) mudanças na vida do enlutado em diferentes contextos,

como o profissional; (d) estilos de coping e modos de enfrentamento das reações do luto; (e) natureza e qualidade do suporte familiar e social, bem como da espiritualidade ou religiosidade; (f) reações físicas, cognitivas e/ou comportamentais que possam justificar a necessidade de intervenção médica e/ou psiquiátrica; (g) uso de medicamentos e de outras drogas; (h) comportamento suicida; entre outros.

Esses elementos ajudarão na avaliação do processo de luto de modo geral, para a qual também é preciso se familiarizar com alguns dos principais modelos teóricos sobre esse fenômeno. Segundo Franco (2021), a teoria do apego, a das transições psicossociais e a do luto como processo dual, bem como o modelo das tarefas do luto e o do luto como reconstrução do significado, entre outros, são exemplos de perspectivas que auxiliam na compreensão e fundamentação de ações terapêuticas com enlutados.

Outro importante ponto da avaliação do luto inclui a eventual necessidade de diagnósticos diferenciais. Um deles consiste na distinção entre um processo agudo de sofrimento e um processo cronicamente desadaptativo, que indique o desenvolvimento de um TLP; o outro, na distinção entre o TLP e transtornos depressivos. Nesse sentido, podem ser úteis a consulta de marcadores teóricos sobre o luto, indicadores da própria história do luto do enlutado e materiais específicos para análise especializada (APA, 2022; Nascimento, 2024; WHO, 2023).

No caso de atendimento a pessoas com doenças graves e/ou que ameaçam a continuidade da vida, a psicóloga pode empreender uma avaliação abrangente (Fernandes, 2021), que inclua, por exemplo: (a) relação do paciente com o respectivo processo de adoecimento e tratamento, explorando aspectos como compreensão do diagnóstico e expectativas sobre tratamento e prognóstico, significados do processo de adoecimento, respostas emocionais e estratégias de enfrentamento

diante da doença/do tratamento; (b) qualidade de vida e saúde geral, relativas a elementos como mudanças no estilo de vida, cotidiano, relacionamentos interpessoais, autoimagem, entre outros; (c) rede de apoio social e familiar, analisando alterações e dificuldades na dinâmica familiar, condição emocional dos cuidadores, comunicação com o paciente e com a equipe de saúde.

No intuito de orientar o exercício da Psicologia na área de Cuidados Paliativos, profissionais dessa área dispõem do guia de recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo paliativista (Aceti *et al.*, 2022). Esse documento reforça a importância de a psicóloga se aprofundar em temas específicos, raramente abordados na graduação, tais como assistência domiciliar e familiar, luto, bioética, sofrimento existencial/espiritual, entre outros.

Já para o atendimento de pessoas idosas, recomenda-se a leitura das diretrizes da Associação Americana de Psicologia (American Psychological Association, 2024). Assim como para a Psicologia Paliativista, a oferta de serviços no âmbito da chamada Psicogerontologia requer um arcabouço complementar e específico de atitudes, conhecimentos e fundamentos para avaliação e intervenção junto à população mais velha.

De acordo com Rabelo (2019, p. 150), uma avaliação psicogerontológica básica incluiria, ao menos, a investigação das “capacidades funcionais do idoso, os sintomas depressivos e a ansiedade, o estado cognitivo geral, as relações sociais, o suporte social e o funcionamento familiar”, considerando instrumentos destinados a essa finalidade. Junto a isso, cumpre acrescentar a necessidade de aprofundamento sobre diagnósticos diferenciais entre declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demências, e entre depressão e demência, dentre outros assuntos.

Considerações finais

Em articulação entre o que foi discutido até aqui e experiências próprias de atuação profissional, encaminho o encerramento deste texto com uma reflexão sobre um aspecto que me parece comum ao sofrimento em contextos de saúde. No caso de situações de luto, cuidados paliativos e envelhecimento, chama atenção a preocupação dos pacientes em obter da psicóloga uma confirmação sobre “a normalidade do próprio sofrimento”.

Não são raros os questionamentos, por exemplo, sobre a adequação do tempo de duração e da natureza de certas reações em um processo de luto; sobre dificuldades cognitivas e interpessoais mais salientes com o envelhecimento; ou sobre a sensação de inadequação de sentimentos e pensamentos decorrentes do enfrentamento de um adoecimento ameaçador da vida. Quando um paciente pergunta se o que vivencia nessas situações é “normal”, é como se estivesse implícito nisso um pedido de “autorização para o próprio sofrimento”.

Por meio de escuta atenta e de psicoeducação tecnicamente adequada, a psicóloga atua no sentido de avaliar e dialogar sobre características normativas e idiográficas daquilo que o paciente comunica, o que pode lhe proporcionar alívio emocional. Mas isso deve ser perpassado tanto pelo cuidado de preservar o protagonismo da pessoa no tocante à legitimação das próprias experiências, como pela articulação disso com expectativas e fatores socioculturais.

Nessa direção, a atuação da Psicologia pode privilegiar a (re) abertura de espaços para a reinserção do discurso de quem sofre sobre como sofre, colocando entre parênteses os discursos prévios sobre esse sofrimento. Em vez de reproduzir a lógica de tutela do outro, que infelizmente faz parte da história e legado da nossa e de outras profissões do campo da saúde, podemos pautar nosso trabalho por uma

espécie de acompanhamento proativo e interessado no modo como o sofrimento se configura e se apresenta na vida de quem atendemos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACETI, D.; TEIXEIRA, H. A.; BRAZ, M. S. **Recomendações de competências, habilidades e atitudes do psicólogo paliativista** [livro eletrônico]: comitê de psicologia em cuidados paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2022.

ALVES, M. C. M. C.; CUNHA, G. M. B.; GALLEGOS, P. B. Grieving process of families who lost their loved ones by COVID-19: an integrative review. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 41, e220066, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202441e220066>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th ed., text rev.). 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Guidelines for Psychological Practice With Older Adults**. 2024. Disponível em: <https://www.apa.org/practice/guidelines/guidelines-psychological-practice-older-adults.pdf>. Acesso em 10 fev. 2025.

BARUS-MICHEL, J.; CAMPS, C. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. **Psic**, v. 4, n. 1, p. 54-71, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 28 jan. 2025.

BUCKLEY, A.; DODD, A.; GUERIN, S. Grief and bereavement in the time of COVID-19: a thematic analysis exploring psychotherapists' observations of clients' experiences. **Counselling Psychology Quarterly**, v. 37, n. 1, p. 93-111, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2186834>

CANUTO, R. M. S.; FERREIRA, A. C. L.; NOVAES, L. F.; SALLES, R. J. O Processo de Luto em Familiares de Vítimas da Covid-19. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 746–765, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2023.77710>.

FERNANDES, A. C. S. **Baralho psicoterapêutico para avaliação e intervenção clínica em cuidados paliativos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus, 2021.

HANAUER, C.; TELAAR, B.; AL-DAWAF, N.; ROSNER, R.; DOERING, B. K. 'Feeling disconnected' – risk factors for PGD and themes in grief counselling during the COVID-19 pandemic. A mixed-method study. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 14, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2183006>

HARROP, E.; MEDEIROS MIRRA, R.; GOSS, S.; LONGO, M.; BYRNE, A.; FARNELL, D. J. J.; SEDDON, K.; PENNY, A.; MACHIN, L.; SIVELL, S.; SELMAN, L. E. Prolonged grief during and beyond the pandemic: factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Public Health**, v. 11, 1215881, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215881>

HOFFMANN, L. B.; SANTOS, A. B. B.; CARVALHO, R. T. Sentidos de vida e morte: reflexões de pacientes em cuidados paliativos. **Psicologia USP**, v. 32, e180037, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180037>

OLIVEIRA, J. Brasil chega à marca de 700 mil mortes por Covid-19. **Ministério da Saúde**, 28 mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>. Acesso em: 28 jan. 2025.

NASCIMENTO, R. B. T. Relações entre o medo da morte e formação acadêmica em Psicologia. **Perspectivas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 198-209, 2021. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/60309>. Acesso em: 28 jan. 2025.

NASCIMENTO, R. B. T. **Luto e depressão** [livro eletrônico]: um guia de referências para o diagnóstico diferencial. Cuiabá: Ed. do autor, 2024.

RABELO, D. F. Atendimento psicológico a idosos e seus cuidadores. In: AIRES, S.; KURATANI, S. (orgs.). **O serviço de psicologia na universidade**. Cruz das Almas/BA: UFRB, 2019, p. 149-161.

RADLEY, K.; KING, N.; WAGER, N. A thematic analysis investigating the impact of COVID-19 on the way people think and talk about death and dying. **Mortality**, v. 29, n. 3, p. 416–430, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/13576275.2023.2169824>

RANGEL, C. B.; LOURES, J. M. Por uma erótica do fim: luto no contexto da pandemia de COVID-19. **Trivium**, v. 13, n. 2, p. 49-61, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2021v2p.49>.

SOLA, P. P. B.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Emotional Suffering After the COVID-19 Pandemic: Grieving the Loss of Family Members in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 11, 1398, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph21111398>

SOLA, P. P. B.; SOUZA, C.; RODRIGUES, E. C. G.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Family grief during the COVID-19 pandemic: a meta-synthesis of qualitative studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, e00058022, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN058022>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases 11th Revision**. 2023. Recuperado de: <https://icd.who.int/en>

PARA UMA PRÁTICA CONTEXTUALIZADA EM SAÚDE: PSICOLOGIA EM FORMAÇÃO

Maria Beatriz Bastos Párraga

O presente texto consiste em uma fala elaborada para participação no II Encontro de Psicólogas Hospitalares de Mato Grosso, que ocorreu em julho de 2023. Na ocasião do encontro, fui convidada a participar da mesa sobre a formação, pensando certa articulação entre este processo e o campo próprio ao qual o encontro se dedicava: a área da Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Por oito anos como docente em um curso de graduação em Psicologia, me vi tendo acesso a diferentes narrativas e atores sociais que provocavam reflexões sobre nosso saber-fazer. Ao lecionar disciplinas da área, orientar estágios e trabalhos de conclusão de curso com temas relacionados, era corriqueiro escutar profissionais da saúde que traziam seu imaginário acerca da Psicologia, criando expectativas de uma atuação diagnóstica, patologizante, de previsão de comportamento, de silenciamento do sofrer e de aniquilação das resistências aos tratamentos propostos. Era frequente ouvir colegas supervisoras de campo que estavam na assistência direta aos pacientes, familiares e compondo as equipes multiprofissionais em diversos hospitais, clínicas e ambulatórios, retratando inquietudes, queixando-se da solidão da profissão e buscando parcerias para desenvolver projetos que favorecessem o reconhecimento e a valorização de suas práticas. Além disso, no dia a dia em sala de aula, era comum ouvir o discurso de alunos e estagiários que, por vezes, se frustravam quanto a seus ideais sobre uma atuação similar à de um modelo médico-curativista, ou de uma Psicologia Clínica tradicional e se incomodavam com o não saber, com a postura ativa e

a necessidade de análise clínico-institucional que o cenário hospitalar tanto requisita de nós.

A partir de tais experiências, vejo a necessidade de três importantes indagações serem feitas e debatidas reiteradamente: Qual o nosso papel nesse campo tão complexo que é a Psicologia da Saúde em contexto hospitalar? Como podemos ter notícias do nosso papel, dos nossos limites e práticas, enquanto profissionais? E como sustentar a nossa posição, de um fazer mais subjetivo, dentro de uma equipe multiprofissional em uma instituição hospitalar imersa em uma lógica biomédica, neoliberal, competitiva e mercantil? Que nossa prática e filosofia divergem das demais disciplinas da saúde não é novidade, mas é no cotidiano, nas tentativas de um trabalho interdisciplinar, que de fato percebemos os desafios e conflitos que surgem de um estranhamento entre diferentes concepções de saúde e cuidado, das formas de trabalho impostas pelo mundo contemporâneo e de nossos próprios furos técnico-científicos. Se tratando de indagações complexas, falarei de cada uma em separado.

Para esboçarmos uma reflexão acerca de nosso papel nesse campo tão complexo que é a Psicologia Hospitalar, faz-se necessário analisar o próprio contexto de atuação e nossa inserção nesse âmbito. A Psicologia Hospitalar, no Brasil, foi reconhecida como especialidade em Psicologia antes mesmo da Psicologia em Saúde. Isso porque, conforme nos apontam Castro e Bornholdt (2004), as políticas em saúde em nosso país eram hospitalocêntricas e, desde a década de 40, enfocavam ações de âmbito secundário e terciário voltadas à prevenção e recuperação de agravos, deixando de investir em ações de promoção à saúde pensada em sua complexidade e estabelecendo uma visão reducionista de saúde como ausência de doença. Ou seja, chamava-se de atenção à saúde a atenção à doença, e a Psicologia se

inseriu nesse campo, valendo-se das mesmas concepções e, portanto, permeada de contradições.

Dada a reforma psiquiátrica, a reformulação do conceito de saúde e a consequente reformulação política e organizacional das ações em saúde pública que consistiu no SUS, a Psicologia foi cada vez mais inserida em diferentes estabelecimentos de saúde pública e, assim, convocada a se reposicionar em seu saber-fazer, ampliando seu leque de compreensões e práticas. Percebe-se, todavia, que este processo tem sido de bastante entrave para a categoria, que fica às voltas com sua identidade profissional atrelada ao modelo clínico tradicional.

Segundo Dimenstein (1998; 2001), a partir da década de 70, com a ampliação da atuação profissional, uma grande porcentagem de psicólogos passou a atuar na área da saúde pública, no entanto, mantendo visões restritas acerca do próprio conceito de saúde e reproduzindo uma prática individualista, típica de um modelo clínico elitista e privatista com o qual a Psicologia ascendeu. Em suma, a Psicologia adentrou um novo âmbito sem um arcabouço teórico que sustentasse um remodelamento de suas práticas e, assim, acabou “por adotar a perspectiva médica, ignorando outras dimensões” (Spink, 1992, p. 13), apresentando uma leitura descontextualizada de processos saúde-doença.

Tais experiências de mera transposição de uma prática clínica são alvo de crítica para Chiattonne (2000, citado por Castro e Bornhold, 2004), que percebe não apenas o hospital desconhecendo o que pode esperar do profissional de Psicologia, mas também o próprio psicólogo não conhecendo sua função dentro desse âmbito. Ao reproduzir uma prática clínica tradicional em um setting que muito se difere, o psicólogo acaba por ter “experiências malsucedidas” (Castro e Bornhold, 2004, p. 51), o que dificulta o reconhecimento da profissão no âmbito hospitalar, pois promove questionamentos quanto à cientificidade e efetividade

da prática psicológica nesse meio (Chiattone, 2000, citado por Castro e Bornhold, 2004).

Ao pensar no hospital, não podemos esquecer de que falamos de uma instituição total, onde rotinas, corpos e subjetividades acabam por ser controlados por um suposto saber. Segundo Angerami-Camon (2003), esse é um dos nossos primeiros desafios na área hospitalar: nos faltam subsídios teóricos para a inserção nessa realidade institucional, que tem características muito próprias e convoca novos olhares e questionamentos sobre a existência humana e nossa própria profissão.

Spink (1992) nos chama a atenção para algumas problemáticas que permeiam nossa dificuldade de estabelecer um marco teórico adequado para nos orientar nas práticas em Saúde. Para ela, a ausência de discussões atreladas à saúde pública no ensino de Psicologia é um desses problemas, assim como a predominância de teorias que enfoquem aplicações clínicas voltadas à área da saúde mental e a ausência de paradigmas psicológicos que orientem o estudo do processo saúde-doença (Spink, 1992).

Bock (2001) também ressalta que a leitura, em geral, feita por psicólogos do fenômeno psicológico é descolada da realidade na qual os indivíduos se inserem e do “eu” que o vivencia. Sendo assim, naturalizamos o fenômeno psicológico, tomamo-lo como a-histórico, universal e desconsideramos que a subjetividade, que tanto nos interessa, trata-se de uma síntese singular, mas plural, concepção que se opõe a uma visão isolada dos fenômenos referentes ao humano e à vida, que requer falar da sociedade e da “objetividade em que vivem os homens” (p. 22).

Quando se trata de adoecimentos, a leitura institucional e social torna-se imprescindível; afinal, como afirma Simonetti (2013), o indivíduo não adoce sozinho. Para o autor, a Psicologia Hospitalar é responsável pela compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos relacionados

ao adoecimento, aspectos esses que são expressão da subjetividade e, assim, não aparecem soltos no ar, mas nas pessoas que vivenciam a experiência de adoecimento e cuidado, pessoas que são direta ou indiretamente afetadas. Esses aspectos, que atuam como causa, desencadeador, fator agravante, fator de manutenção e até mesmo podem se caracterizar como consequência da situação de adoecimento (Simonetti, 2013), representam uma infinidade de articulações de um mundo interno e externo, o que nos leva a concluir que nosso trabalho solicita uma escuta afinada para esse jogo psíquico complexo que é existir, se constituir em meio a identificações e introjeções de diferentes discursos e modelos sociais, apreender uma realidade, dar sentido a ela, se posicionar subjetivamente e objetivamente.

Tanto Simonetti (2013) quanto Angerami-Camon (2003), por exemplo, chamam a atenção para verificarmos o significado de adoecer em uma sociedade mercantil, sociedade para a qual precisamos constantemente produzir para ter valor. Nesse caso, adoecer costuma estar atrelado à culpabilização, a um fenômeno tomado como vergonhoso. Dessa forma, nos cabe enxergar e tratar o sofrimento considerando-o para além de seu aspecto físico, mas compreendendo-o inclusive em uma vertente psíquica e social.

Para Angerami-Camon (2003), o despreparo para encarar nossa prática levando em conta a realidade dos indivíduos e a realidade institucional tem relação com uma formação falha; formação que, me parece, tem sido falha para além dos cursos de graduação. Afinal, a formação em Psicologia é sempre continuada, ou deveria ser.

Angerami-Camon (2003) ressalta que não é mais possível conceber um curso de graduação em Psicologia que não abarque questões como saúde pública, morte e hospitalização. Os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado requisitam uma visão mais ampla, pois, como aponta o CFP (2019), a prevenção e a promoção em saúde

possuem conexão direta com os determinantes sociais de saúde, e ter saúde está relacionado a condições dignas de vida, acesso a bens e direitos essenciais. Não se pode falar de bem-estar e qualidade de vida sem considerar aspectos como moradia, condições de trabalho, saneamento básico, segurança, etc.

Da mesma forma, não podemos falar de um processo de recuperação em saúde sem dimensionar o fenômeno vivenciado pelo sujeito do qual tratamos e seu impacto nas diversas áreas de sua vida: em sua dimensão física, sua rede de relacionamentos, em seu âmbito cultural, social, econômico, dimensionando inclusive os recursos simbólicos, concretos, institucionais necessários para lidar com a realidade que se impõe. Para além do corpo físico, o corpo psíquico e a realidade na qual esse sujeito está inserido devem ser considerados.

Angerami-Camon (2003) mostra que a instituição hospitalar reflete as contradições sociais. Nesse cenário, em que se propõe saúde, nos damos conta dos direitos negados a grande parte da população, das injustiças sociais sofridas e das negligências de um Estado que resultam em toda sorte de adoecimento e infortúnio. Assim, somos convocados a uma análise dos modos de vida, relações, trabalho e do *status quo* em si. Engana-se quem acha que, ao trabalhar na área da saúde, livra-se de análises sociais e institucionais. Isso não é possível, pois as noções e comportamentos relacionados aos processos saúde-doença fazem parte da cultura dos grupos sociais em que se manifestam (Langdon e Wiik, 2010). Da mesma forma, os sistemas de atenção à saúde, o modo como entendemos e organizamos os tratamentos e papéis dentro das organizações de saúde consistem em sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem (Langdon e Wiik, 2010). Nesse sentido, torna-se impossível dizer algo de nosso papel sem lançar um olhar à conjuntura social em que se inserem nossas práticas e o próprio sistema de saúde.

Temos cada vez mais lutado por políticas e reorganizações que endossem a concepção biopsicossocial em saúde; contudo, concepções e práticas atreladas ao antigo modelo biomédico coexistem, patrocinadas principalmente pelo sistema econômico vigente. Nessa trama, nos são apresentadas armadilhas diárias para contribuir com a manutenção justamente daquilo contra o que lutamos: a patologização e estigmatização dos sujeitos. Vejamos um exemplo.

A Psicologia esteve muito atrelada aos processos de avaliação psicológica e psicodiagnóstico em diversos contextos. Essa prática, por vezes, é requisitada no cenário hospitalar, mas com qual finalidade? O diagnóstico certamente tem sua relevância para a direção de um tratamento, mas este diagnóstico precisa ser pensado (em todas as áreas, tanto em seu processo quanto em sua finalidade) a partir de determinado contexto. No hospital, os rótulos já são muitos, e tendem a ser usados para uma prática reducionista do sujeito, para descrições e predições. Nesse caso, é possível que um psicodiagnóstico em Psicologia possa ter um efeito contrário à nossa própria função, que é a humanização, o processo de singularização de um cuidado que só é possível pela escuta, pelo contato e pelo olhar interessado ao outro em tudo o que este apresenta.

O trabalho em prol da humanização do cuidado requer de nós um senso crítico sobre os discursos sociais e institucionais que fundamentam as demandas que nos chegam. Alguns gestores não sabem o que esperar de nós, reproduzem solicitações atreladas a nossos antigos (será?) modos de atuação. O que isso nos diz? E nós, sabemos o que nos cabe? Temos feito algo para que nossa atuação possa ser entendida de forma diferente?

Sobre isso, torna-se interessante pensar que as solicitações, mesmo com o tema da saúde e saúde mental tão em voga nas redes sociais, e com uma expressiva quantidade de profissionais de psicologia criando

conteúdo para as mídias, permanecem bastante conectadas ao senso comum sobre a Psicologia, fazendo refletir sobre o que temos de fato produzido nesses espaços.

É possível observar profissionais empenhados e que se desdobram por propiciar uma reflexão mais aprofundada sobre nossa atuação nos mais diversos campos, enquanto outros acabam, muitas vezes sem se perceber, mantendo lógicas de trabalho superficiais, cedendo ao instantâneo, ao imediatismo de nosso tempo e contribuindo para uma patologização generalizada. Como então poderíamos auxiliar na desconstrução de estigmas acerca da nossa profissão e na aproximação das demandas com as quais podemos de fato contribuir?

Uma base sólida de conhecimentos, ter ciência de nosso papel e atuar de modo contextualizado, implicado nas discussões de caso, na rotina e busca ativa, auxilia os demais membros da equipe e gestão a compreender o que podemos fazer ali. Para Kernkraut e Da Silva (2017), somos o membro mais recente da equipe multiprofissional no âmbito hospitalar. Nesse sentido, estruturar o serviço de psicologia a partir da observação das demandas existentes em cada setor, considerando a quantidade de psicólogos, descrevendo os procedimentos, objetivos, público-alvo, materiais utilizados, dimensionando o tempo gasto para cada atividade, especificando o produto de cada ação e como a equipe pode ter acesso a isso, deixando claro em quais situações cabe a solicitação da equipe de Psicologia, também é um caminho possível para esclarecer nosso papel e colaborar ao reconhecimento de nosso rol de atividades. Ainda assim, de certa forma, é esperado esbarrarmos em resistências (de outros e nossas) nesse caminho de aproximação com o que nos é possível.

Nosso instrumento essencial em qualquer contexto é a escuta. Essa ferramenta de trabalho nem sempre é compreendida por outros e costuma ser minimizada, tomada como uma conversa qualquer. Nossa escuta, no entanto, não se trata de uma escuta comum e desimplicada;

consiste em uma escuta atenta à complexidade das demandas, da subjetividade e tudo o que a envolve. No hospital, realizamos uma escuta que busca alcançar a angústia e o desamparo – da família, do paciente e, inclusive, da equipe. É uma escuta do fenômeno do adoecimento que é apreendido singularmente por uma matriz simbólica própria a cada um e ganha significado em suas dimensões físicas, psíquicas, sócio-político-econômicas. Nos cabe uma escuta do sofrimento em uma esfera intersubjetiva, adentrando um universo simbólico e imaginário, individual e compartilhado.

Igualmente, nesse espaço, nos cabe, na esfera do real, manejos concretos para a humanização do cuidado, para a efetivação de direitos, para uma assistência e vida dignas, para além das paredes do hospital. O manejo situacional que Simonetti (2013) nos elucida diz de uma intervenção prática na situação concreta a qual o indivíduo vive. Remete, pois, ao que nosso conselho orienta quanto a uma postura ativa na construção e reconstrução das demandas em saúde (CFP, 2019): práticas cotidianas como busca ativa, encaminhamentos, mediações, articulações em rede e no coletivo.

Estar no hospital também implica, como já tangenciado, em uma análise institucional, por meio da qual seria possível compreendermos e questionarmos algo da estrutura, dos objetivos, das práticas, discursos e relações de poder que atravessam nosso cotidiano, nossas ações e afetam os indivíduos inseridos nessa conjuntura. Análise, inclusive, de como nós estamos implicados na lógica social vigente. É comum, em discussões acadêmicas, questionarmos a concepção de saúde perpetuada por outras áreas, mas será que não compactuamos com as visões que tanto criticamos em nossa prática? Como temos nos organizado para transformá-las? Como nos implicamos no trabalho interdisciplinar e na construção de novos saberes?

Nosso trabalho nos hospitais é desafiador em inúmeras camadas. Profissionalmente e pessoalmente, somos indagados para “além da discussão meramente teórico-acadêmica” (Angerami-Camon, 2003, p. 8). Vivemos situações que fogem ao idealizado para a profissão e somos forçados a nos deparar com uma realidade impossível de ser ensinada no banco da sala de aula.

Na prática, vemos o efeito da desigualdade social, das inúmeras violências vividas pelo povo brasileiro; lidamos com o luto (nosso e dos outros), com o adoecimento da própria equipe, seja por resistir aos modos desumanos de tratamento ou por incorporá-los; encaramos a dificuldade da equipe multiprofissional em estabelecer uma atitude de cooperação para um trabalho interdisciplinar acontecer; nos deparamos com um cuidado fragmentado em especialidades e que tende a despersonalizar os pacientes, marcando-os sob o estigma de doente (Angerami-Camon, 2003); somos questionados sobre nosso saber, sobre o quantitativo de nossos atendimentos em comparação ao quantitativo de atendimentos de outras profissões; sofremos com as pressões da gestão, com a rede sucateada e com o contato com a dor extrema. Apesar de não ser possível ensinar teoricamente as tensões que só são vividas por quem se sente afetado pela realidade, podemos, sim, cavar oportunidades para uma aproximação com as demandas desse campo e promover exercícios que incitem o desenvolvimento de ferramentas para identificação de paradigmas e sustentação de uma prática crítica, ética e comprometida no coletivo.

O último censo da Psicologia brasileira (CFP, 2022), que contou com a participação de mais de 20 mil profissionais, continua a sinalizar que a área da Saúde (somada com a área hospitalar) é uma das que mais absorvem psicólogos no mercado de trabalho. Apesar disso, alguns estudos (Angerami-Camon, 2003; Castro e Bornhold, 2004) abordam a problemática de uma formação elitista e deficitária que não favorece

o acesso à realidade sanitária do País, distanciando os alunos das demandas sociais existentes e que atravessam o cotidiano profissional.

Castro e Bornhold (2004) tratam da necessidade de uma formação ampla que incentive a participação em pesquisas, em políticas de saúde, articule diferentes disciplinas (como bases biológicas, psicologia clínica, psicologia social, comunitária) e debata temas pertinentes à rotina de trabalho, capacitando o profissional à compreensão de fenômenos psicológicos e permitindo o diálogo entre diferentes saberes (ciências humanas, sociais, biológicas), saberes extremamente necessários para pensarmos os fenômenos humanos, psíquicos, físicos, sociais, culturais e a inter-relação destes na produção de saúde e doença.

Sabe-se que a graduação em Psicologia é generalista. Entretanto, dispomos de diretrizes que norteiam os cursos com enfoque no desenvolvimento de competências necessárias ao exercício profissional a partir de alguns valores, princípios e compromissos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), publicadas em 2023, ressaltam a importância do “desenvolvimento do conhecimento científico como fundamento para a atuação profissional; reconhecimento da diversidade de perspectivas epistemológicas e teórico-metodológicas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com os campos de conhecimento que permitam apreender a complexidade e a multideterminação do fenômeno psicológico; compreensão crítica dos fenômenos históricos, sociais, econômicos, culturais e políticos de um mundo em processo crescente de globalização; compromisso com a construção de uma sociedade democrática, soberana e socialmente justa, tendo em vista a promoção da cidadania, da saúde, da dignidade humana e da qualidade de vida de indivíduos, grupos, organizações e comunidades; reconhecimento da necessidade de investimento na educação permanente e no aprimoramento contínuo da prática profissional; reconhecimento da importância das políticas

públicas para assegurar o acesso da população aos serviços da Psicologia e promover os direitos sociais, em articulação com os avanços no campo do conhecimento científico e tecnológico” (Brasil, 2023, p. 1).

Enquanto competências, é esperado que o profissional possa: analisar criticamente a política e os padrões de conduta dos locais em que atua, formular perguntas e levantar problemas, empregando metodologias, métodos, teorias e conceitos científicos para construir explicações e formular resoluções, utilizando adequadamente instrumentos, tecnologias, fontes científicas para avaliar os efeitos de suas intervenções e a validade das ações propostas.

Além disso, espera-se que o profissional possa atuar eticamente, aderindo ao código de ética, às leis e normas vigentes, identificando e resolvendo dilemas no cotidiano da prática profissional, mapeando a dinâmica social, cultural e política dos contextos em que atua, demonstrando flexibilidade e capacidade de lidar com mudanças nas diferentes esferas da vida profissional (Brasil, 2023). Segundo a própria DCN (Brasil, 2023), para o desenvolvimento de tais competências profissionais, é essencial que os estudantes sejam inseridos em experiências formativas em contextos de trabalho e pesquisa. Esses dois processos, estágio e pesquisa, instigam a aproximação entre o campo teórico e prático, colocam os estudantes em contato com as diferentes demandas advindas da realidade profissional, suscitando perguntas, inquietudes e diálogos para novas formulações.

Além das experiências durante a graduação, outras podem ser importantes à nossa formação continuada: os espaços de supervisão e debate coletivo sobre a profissão e a prática se fazem muito necessários, assim como as pós-graduações e outras formações específicas. Temos resoluções, referências e notas técnicas, produzidas recorrentemente pelos Conselhos de Psicologia, para nos amparar em nossa prática, ajudar-nos a delinear o que nos é possível e sustentar, consequentemente, o

limite de nossa atuação. Essas resoluções e referências são construídas a partir de um cotidiano profissional que precisa ser retratado e pensado pela própria categoria. Assim, o futuro e posicionamento de nossa profissão dependem do coletivo de psicólogos dispostos a se implicar e refletir sobre a própria prática, a participar de pesquisas e produções, seja como autor, como colaborador respondendo a pesquisas e censos ou, até mesmo, como crítico, embasando novas discussões e movimentos.

As diversas produções, acadêmicas e técnico-científicas, nos apontam nosso “papel” a depender de um contexto e uma época. Essas produções são alvo de constante revisão, afinal, se tratamos de questões psi, e estas não são nunca prontas, acabadas ou estagnadas, nosso papel vai se transformando junto ao contexto sócio-histórico-cultural, às subjetividades e às demandas que nos chegam. Como, então, podemos ter notícias do nosso papel em cada cenário e tempo histórico? E, conseqüentemente, como podemos ter notícias dos nossos limites enquanto profissionais? Quem nos mostra o que está acontecendo, a necessidade de modificação de políticas, resoluções etc.? Quem, senão nós mesmos, os próprios profissionais da Psicologia? Chegamos, então, ao ponto em que fica nítida a necessidade de divulgação científica, de estudo entre pares, da busca por espaços de diálogo e construção, como o encontro para o qual esta fala foi montada.

Os estudos em Psicologia da saúde, assim como os citados anteriormente neste mesmo texto, trazem dilemas cotidianos, críticas sobre a formação e necessidade de divulgação científica como um caminho para aproximação entre teoria e prática, auxiliando na fundamentação de nosso fazer. Para que a nossa presença nos espaços de saúde tenha um sentido, é preciso que seja contextualizada. É preciso que tenhamos as ferramentas e competências necessárias para realizar essa análise do campo de atuação e para planejar nossas intervenções, amparados cientificamente. A produção científica acerca da prática

psicológica possibilita aos estudantes e profissionais se inteirarem dos desafios e buscarem desenvolver recursos para enfrentamento destes, compartilhando informações, dúvidas, provocações, receios e práticas exitosas.

Atualmente, quando fazemos um levantamento em periódicos e plataformas científicas sobre determinados temas em saúde e saúde mental para revisão sistemática de literatura, encontramos uma disparidade no quantitativo de produções da Psicologia quando comparado a outras áreas. Encontramos diversos temas de saúde mental e aspectos psicológicos referentes a condições clínicas e hospitalares, primeiro sendo pesquisados intensamente pela enfermagem, medicina e outras áreas. O que pode estar implicado na dificuldade de divulgação e produção de saber por parte da Psicologia? Por qual ou quais motivos os psicólogos da área da saúde e hospitalar possuem dificuldades na divulgação de suas práticas e para o desenvolvimento de pesquisas? Não trago respostas, mas convido novamente a pensarmos.

De acordo com o CensoPsi (CFP, 2022), cerca de 56% e 64,3% dos profissionais inseridos na área da Psicologia da Saúde e Hospitalar, respectivamente, têm buscado especialização lato sensu, enquanto apenas 21,7% e 18,7% destes profissionais fazem mestrado e 7,9% e 5,9% fazem o doutorado. Isso nos mostra que temos caminhado no sentido de uma busca por formação específica para atuação na área, o que estudos anteriores apontavam como necessário. Mas, no que diz respeito à pesquisa, esse mesmo documento indicou que na área da saúde apenas 7,8% dos profissionais afirmaram realizar pesquisas, e no contexto hospitalar especificamente, apenas 4,2%.

Por que isso? O que ocorre? Vivemos um contexto de desvalorização de práticas subjetivas e uma busca desenfreada por quantitativos que reflitam um serviço de excelência. Muitos hospitais particulares dizem apresentar, em sua filosofia, a missão de um cuidado humanizado,

incorporam o psicólogo na equipe, mas funcionam como uma empresa em busca de lucro e visam, para isso, creditações que atestem seu estabelecimento com um selo de qualidade. Os psicólogos inseridos nesse contexto estão sujeitos às normas da instituição (Kernkraut; Da Silva, 2017), passam, assim como as demais profissões, por processos de auditoria e respondem às mesmas lógicas mercantis. Frente a tantas burocracias, refletir sobre a própria prática acaba sendo um desafio pouco apetitoso aos profissionais, que costumam ter muito trabalho e pouco incentivo (inclusive monetário — às vezes nenhum) ao aprimoramento técnico-científico por parte das instituições nas quais estão inseridos. Vivemos uma era de precarização dos processos de trabalho; o CensoPsi (CFP, 2022) também nos mostra isso.

O estudo (CFP, 2022) revelou um expressivo número de profissionais que mantinham mais de um trabalho devido à necessidade de complementação financeira, cerca de 71% da amostra, sinalizando uma precarização da profissão e dos vínculos trabalhistas (Bentivi; Porto; Dias, 2022). Segundo o documento em questão: “as(os) profissionais com apenas um vínculo atuam como autônomas(os) (45,2%), celetistas (13,6%) e sob contrato temporário ou intermitente (6,1%) e possuem renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos” (Bentivi; Porto; Dias, 2022). A pesquisa apontou que a renda aumenta conforme aumenta a quantidade de vínculos. A realidade apresentada pela pesquisa é representativa de nosso estado, onde é comum ouvirmos sobre a pejetização — o psicólogo contratado como prestador de serviço terceirizado, em uma relação que desresponsabiliza a gestão e o empregador, oferecendo baixa remuneração e atrelando esta à produção. Esse cenário suscita reflexões sobre como tem se dado a inserção de profissionais psicólogos nas instituições hospitalares (que, após a pandemia, aumentou consideravelmente) e em quais condições tem se dado nosso trabalho.

Fora isso, o cenário atual nos mostra uma característica de nossos tempos, em que o que se busca é o prático, o direto, o que se acredita ser mais fácil, menos oneroso: a busca pelo atalho e a correspondente falta de interesse pelas leituras, por aquilo que requisita investimento, pelo pensamento crítico-reflexivo. O que isso tem mostrado do perfil de profissional que formamos? Como sustentar a nossa posição dentro de uma equipe sem esse olhar crítico-reflexivo sobre a própria prática?

É comum muitos psicólogos se sentirem tentados a ocupar um lugar que não nos cabe, se mobilizarem pela busca de diminuir seu sentimento de impotência e se colocarem a atender as demandas que nos são direcionadas, sem uma análise do que está implicado nelas. Trabalhamos com o corpo simbólico (Simonetti, 2013), enquanto outros profissionais trabalham com o corpo físico e desenvolvem práticas visíveis. Percebo o quanto isso angustia alunos e profissionais que passam a se questionar sobre a relevância de sua prática em meio a tantas urgências de uma saúde física: que lugar há para o psíquico? A discussão, a partir daí, costuma ser longa: existe um corpo meramente físico? A quem pertence aquele corpo do qual se fala? Que histórias e sentidos ele carrega? Existe tratamento ao físico que não perpassa o psíquico? Corpo e mente são unidades divisíveis? Fazemos o que outros não fazem, escutamos o que outros não escutam, trabalhamos com a palavra, apostando em seu poder reorganizador, de criação de sentido e reinvenção da vida. Mas as identidades profissionais cada vez mais valorizadas pelo mundo globalizado pregam outras premissas.

Reitero: o hospital requisita muito de nós. Nos coloca frente ao desamparo do outro, que mexe com nosso próprio desamparo; faz enxergar a vulnerabilidade do corpo, o elo vida-morte; nos coloca frente a um real que angustia, que se impõe e que nem sempre se tem recursos para lidar. Sofremos o embate das nossas próprias pulsões, a frustração do ideal (de um eu, de uma profissão) e somos chamados

a lidar com questões institucionais, quer a gente queira ou não. Tudo isso nos convoca, mexe e nos leva à terceira pergunta: como sustentar a nossa posição dentro de uma equipe multiprofissional, então? Como sustentar nosso próprio limite frente ao desamparo do outro, ou às solicitações que nos são endereçadas e não nos cabem?

Enquanto recursos para alicerçarmos nossa prática, temos: cursos, supervisão institucional, individual, análise pessoal, estudo teórico, participação em grupos de pesquisa, comissões de trabalho dos CRPs, revisões de legislações, resoluções, referências técnicas e a própria experiência profissional. Tudo isso pode ajudar. Vejo o coletivo como essencial para qualquer sustentação ou transformação de práticas. Há algo ainda que, no campo subjetivo, nos mobiliza a apostar, a investir, a desejar para além das condições ideais; há algo que nos incita a escolher, nos incita ao questionamento, ao enfrentamento, algo muito próprio a cada um, mas que pode se fortalecer no plural. Penso que os vínculos, o elo entre pares e a causa comum podem nos ceder o que os furos técnicos não podem: uma certa coragem e boa dose de inventividade para contornar os elementos dessubjetivadores no âmbito hospitalar, social, político e econômico, que respingam em nossos processos formativos e de trabalho.

Em suma, a saúde é um fenômeno multidimensional, influenciado por diversos fatores que se modificam constantemente. Nosso trabalho nesse campo mostra-se, então, desafiador por inúmeras questões que perpassam o processo saúde-doença e a própria constituição do saber psicológico, que não se pode estagnar. Dessa forma, é imprescindível investirmos em cursos de graduação que possibilitem uma compreensão ampliada de saúde, alinhada à concepção biopsicossocial preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de experiências in loco e de pesquisa, fomentando debates de temas complexos.

É essencial ainda enxergarmos a formação como um processo contínuo, em que o profissional se corresponsabiliza e se implica no desenvolvimento de questões e respostas sobre a prática. Além disso, seja por meio de participação em grupos de estudo, supervisão, cursos de especialização lato e stricto sensu, engajamento em espaços de produção e disseminação do conhecimento científico, é nosso papel contribuir para um arcabouço teórico contextualizado que auxilie na consolidação da Psicologia no campo da saúde.

Agradeço a oportunidade de espaços como este, que possibilitam a reflexão crítica sobre nossa prática e incentivam a construção coletiva do saber. A Psicologia da Saúde e Hospitalar enfrenta desafios, mas também apresenta possibilidades transformadoras. Cabe a nós, como profissionais, nos implicarmos na construção de uma atuação comprometida, ética e alinhada às necessidades da categoria e da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.); TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Cengage Learning, 2003. p. 1-14.

BENTIVI, D. R. C.; PORTO, J. B.; DIAS, L. M. M. Características da inserção no mundo do trabalho e condições para o exercício profissional. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho: volume I: formação e inserção no mundo do trabalho*. 1. ed. Brasília: CFP, 2022

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023*.

BOCK, A. M. B. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (orgs.). *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 15-35.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000. p. 73-165.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: formação e inserção no mundo do trabalho: volume I: formação e inserção no mundo do trabalho*. 1. ed. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: volume II: condições de trabalho, fazeres profissionais e engajamento social*. 1. ed. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n. 1, jan./jun. 1998.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

KERNKRAUT, A. M.; DA SILVA, A. L. M. Formas de atuação, organização e gestão de serviços de Psicologia. In: KERNKRAUT, A. M.; DA SILVA, A. L. M.; GIBELLO, J. (orgs.). *O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço*. São Paulo: Blucher, 2017. p. 51-74.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (3): 173-181, 2010.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

SPINK, M. J. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: *Psicologia da Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 11-23.



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

