

## Psicologia e o cuidado hospitalar: explorando as subjetividades no território da alta complexidade

Leticia Sottoriva  
Fernanda Pasquoto de Souza

**Resumo:** Este relato de experiência busca expressar alguns aspectos do trabalho da Psicologia em um hospital que resultaram da vivência como residente multiprofissional em uma unidade de internação adulto. O objetivo deste trabalho foi provocar uma reflexão entre as possibilidades e limites encontrados no trabalho vivo na área da saúde que ocorre nos territórios da alta complexidade. Para tanto, trago neste artigo um pouco do vivido nesta instituição, referenciando algumas falas que cruzaram este caminho durante os atendimentos realizados. Utilizo, dessa forma, como metodologia, o diário de campo, através de minhas narrativas e destaco alguns fragmentos de diálogos que ocorreram a partir das percepções, encontros e movimentos, permitindo vislumbrar a indissociabilidade entre trabalho em saúde e a dimensão subjetiva presente nos atos produtivos do cuidado.

**Palavras-chave:** Psicologia; Cuidado hospitalar; Subjetividade.

### Psychology and hospital care: exploring subjectivities in the territory of high complexity

**Abstract:** This experience report seeks to express some aspects of the work of Psychology in a general hospital that resulted from living as a multiprofessional resident in an adult hospitalization unit. In order to provoke a reflection between the possibilities and limits found in living work in the area of health that occurs in the territories of high complexity. For that, I bring in this article a little of the lived in this institution, referencing some lines that crossed this path during the consultations. I use my narratives recorded in a field diary, and I highlight some fragments of dialogues that occurred from the perceptions, meetings and movements, allowing to glimpse the inseparability between work in health and the subjective dimension present in the productive acts of care.

**Keywords:** Psychology; Hospital care; Subjectivity.

---

*“Uma flor nasceu na rua!  
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.  
Uma flor ainda desbotada  
ilude a polícia, rompe o asfalto.  
Façam completo silêncio, paralitem os negócios,  
garanto que uma flor nasceu.  
Sua cor não se percebe.  
Suas pétalas não se abrem.  
Seu nome não está nos livros.  
É feia. Mas é realmente uma flor.  
[...]  
É feia. Mas é uma flor: Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.”  
(Andrade, 2003)*

## Introdução

Ao produzir este relato de experiência sobre o trabalho da psicologia em um hospital geral, arrisquei iniciar com algumas palavras de Carlos Drummond Andrade, para que através delas seja possível nomear um pouco do vivido no cotidiano de um serviço de saúde de alta complexidade. Com o presente relato busquei expressar, através de narrativas produzidas em registros de diário de campo, algumas dimensões de meu percurso como residente multiprofissional em uma unidade de internação adulto. Sendo a Residência Integrada em Saúde uma modalidade que visa preparar e especializar profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral à saúde, com integração entre ensino e serviço.

Válido contextualizar que o hospital enquanto instituição, é repleto de elementos que o constituem como complexo equipamento de saúde. Foucault (2011), explora alguns temas como o poder enquanto disciplina e as relações poder/saber, e nos dá uma compreensão mais ampliada das conexões que se estabeleceram historicamente nos hospitais. Sendo esta, uma organização atravessada por múltiplos interesses, que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. É também um equipamento de saúde em processo de redefinição constante, pois, no âmbito público e no privado, estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado. (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

Lisboa (2002), refere que a palavra hospital origina-se do latim *hospitalis*, que significa “ser hospitaleiro”, acolhedor, adjetivo derivado de *hospes*, que se refere a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda.

Para Simonetti (2004), a cena hospitalar marca o encontro do sujeito com o adoecimento. No contexto da medicina, se organiza de modo a excluir sistematicamente a subjetividade. A medicina se caracteriza por um saber racional e científico sobre as doenças e seus tratamentos, e quem ocupa o lugar do médico costuma incorporar o discurso do mestre. De forma complementar, espera-se que quem ocupe o lugar do paciente coloque-se na posição de objeto do saber do médico. A posição da doença costuma ser preenchida por uma entidade concebida pela ciência como sendo uma coisa, com existência concreta e externa ao indivíduo, como um inimigo invasor com o qual a pessoa adoentada nada tem a ver, a não ser constituir-se no terreno em que ela prolifera.

Quando observamos a prática cotidiana de cuidar nos estabelecimentos de saúde ou quando queremos falar sobre essa prática, somos levados, via de regra, a apontar o quanto os contatos que aí se realizam estão marcados pela presença de forças externas, antecedentes ao encontro, numa espécie de ausência de interação: presença apenas do mundo da macropolítica, onde conhecimentos técnicos, protocolos, disciplinares e dependentes, fundamentalmente, do domínio de saberes formais prescrevem certos modos de atuar, trata-se do trabalho capturado por seu gerenciamento/protocolização/corporativização. (Franco & Merhy, 2012).

Por outro lado, temos como possibilidade de referencial, a Política Nacional de Humanização (PNH), onde um SUS humanizado, reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. A PNH busca transformar as relações entre trabalhadores e usuários/pacientes a partir da ampliação do

grau de contato e da comunicação entre as pessoas. Desde sua identificação com o conjunto dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – Humaniza SUS, colocou em cena as tentativas de mudar os modos de se produzir o cuidado em saúde na cotidianidade do seu acontecimento, portanto no campo singular da produção de saúde. Vêm se somar a outras tantas iniciativas que já vêm operando por esse caminho e que têm mostrado resultados interessantes na disputa por modos mais efetivos de intervenção cuidadora no cotidiano dos serviços de saúde. (Ministério da Saúde, 2004).

Dessa forma, podemos pensar em algumas das dimensões da instituição hospitalar, como esse “asfalto” que aparece na poesia de Carlos Drummond Andrade, espaço duro, concreto. Mas que por outro lado, pode ser experimentado como o entrecruzamento dos modos de vida que vão se constituindo, as subjetividades que estão se produzindo, em meio aos tantos desassossegos, sofrimentos e anestesiamentos que encontramos no trabalho vivo dessa instituição. Tal qual essa “flor ainda desbotada” que “rompe o asfalto”. Essa flor, alegoria para um possível lugar, onde a subjetividade insiste em se manifestar mesmo sem ser convidada. Que em um trabalho como o da psicologia nos territórios da saúde, pode nascer, mesmo que “feia”, através de intervenções singelas, “Mas é realmente uma flor”, quando alcança a possibilidade de nomear os mais endurecidos sentimentos provocados pelo processo de adoecimento.

### *A psicologia nos caminhos da alta complexidade*

Partindo inicialmente do ponto em que conceituamos Psicologia Hospitalar, como o campo de entendimento e tratamento de aspectos psicológicos atrelados ao adoecimento, pensado como as manifestações subjetivas da doença, que são as crenças, os sonhos, os conflitos, as lembranças e os pensamentos. Ou seja, a doença não fala, o doente sim. O adoecimento humano se dá quando o sujeito, carregado de subjetividade esbarra no “real” de natureza patológica, presente em seu próprio corpo. Podemos assim, unificar esses aspectos psicológicos e não os fragmentar, por exemplo, razão e emoção, frutos de uma mesma vivência subjetiva e psíquica. Importante destacar então, que a Psicologia Hospitalar, torna-se abrangente ao abordar os aspectos psicológicos de toda e qualquer forma de adoecimento, assim, todo o adoecimento encontra-se repleto de subjetividade. (Simonetti, 2004)

Podemos desse maneira, atrelar alguns desses conceitos sobre o exercício do trabalho vivo em ato do psicólogo na instituição hospitalar e as tecnologias em saúde, que conforme Merhy (2002) são classificadas em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização. Embora essas três categorias se inter-relacionem, o ser humano necessita, em especial, das tecnologias de relações, definidas como ‘leves’.

Ao darmos destaque para as tecnologias leves e leve-duras no trabalho da Psicologia Hospitalar, temos que levar em alta consideração o ato de comunicar-se, que é visto como condição imprescindível para que ocorra um acolhimento de qualidade ao usuário/paciente e assim, também não há como falar de comunicação interpessoal sem que a

humanização esteja presente, e esta só acontece quando há a democratização das relações, o reconhecimento dos direitos do usuário/paciente, de sua subjetividade e referências culturais ou, ainda, o reconhecimento das expectativas dos envolvidos como sujeitos do processo terapêutico.

Dessa forma, busco neste artigo trazer um pouco da minha experiência, e para tanto, exemplificando aqui, algumas narrativas que cruzaram o meu caminho durante os atendimentos ocorridos na internação adulto de um hospital universitário. Assim, utilizo registros de meu diário de campo, que se produziram na vivência como psicóloga hospitalar.

Para melhor refletir sobre as experiências deste relato, utilizei registros em diário de campo, que trata-se de uma ferramenta que apresenta inúmeras possibilidades de uso na abordagem qualitativa de cunho (auto)biográfico. Nele, podem ser registradas tanto as perspectivas que o/a pesquisador/a tem ao iniciar a pesquisa como as diversas teias que envolvem cada momento, do campo de pesquisa/lócus ao diálogo com os escritos que emergiram das diversas observações. Importante contextualizar que este dispositivo passou é utilizado por pesquisadores nos diversos campos e aspectos de pesquisa que perpassam pela Psicologia, Serviço Social, História, Antropologia, Sociologia, Educação entre outras. (Oliveira, 2014)

Ao falarmos em narrativas, como as que foram extraídas de meu Diário de Campo podemos pensar como afirmam Onocko Campos et al. (2013), que se tem como alvo a transformação do presente, como o surgimento do passado no presente, com relação a um evento do instante que advém a si, sem necessariamente partir de lugar temporal específico, possibilitando arranjá-los em novos ordenamentos. Assim, o narrador, partindo do corpo em ação na situação, identifica o ato de narrar com a capacidade de intercambiar experiências, estabelecer nexos entre o vivido no cotidiano e a comunicação de um enredo.

Um espaço privilegiado do trabalho da psicologia nesse contexto, trata-se do atendimento individual oferecido à beira do leito, por exemplo, onde se proporciona inicialmente a escuta qualificada deste sujeito. Através da linguagem e ao estabelecer a constituição da subjetividade, o sujeito encontra-se submetido a uma estrutura e a sentidos já constituídos na historicidade e na memória, os sentidos que produzimos sobre nós mesmos, os outros, o mundo a nossa volta, nossas escolhas. Falando nos subjetivamos, conseguimos acessar redes de produção de sentidos, a linguagem possibilita e potencializa a expressão e a comunicação, em especial ao se vivenciar o sofrimento, pois o sentido pode ser pensado como algo que é socialmente construído pelo ser humano, para si e para os seus semelhantes, no qual a história e a cultura intervêm. (Magalhães & Mariani, 2010)

Dessa maneira, destaco minha visão sobre alguns fragmentos de diálogos que ocorreram a partir das percepções e encontros que cercaram essa experiência, a qual permite vislumbrar a indissociabilidade entre trabalho em saúde e produção de subjetividade. Algumas falas/narrativas como, por exemplo: “Não aguento mais ficar deitada nessa cama...”, “O médico ainda não veio me dizer o que eu tenho, eu estou morrendo de medo...”, “... fiquei pensando em várias coisas da minha vida que eu nunca tinha parado para pensar antes de ficar doente...” ou “Nunca imaginei que iria dizer

isso, mas quando eu voltar pra casa vou dar outro valor pra minha vida...” que foram registradas em meu Diário de Campo ao longo do ano de 2018. Assim como muitas outras que se assemelham a estas durante minha vivência hospitalar, trazem em si um pouco do substrato do trabalho da psicologia diante do processo de hospitalização, onde foi possível proporcionar uma reflexão de vida aos pacientes atendidos, para além da doença em seu estado bruto.

Destes exemplos de narrativas, podemos destacar muitos elementos que surgem na vivência deste processo singular de hospitalização. A dor, a angústia, o medo, o desamparo, vão aos poucos tornando-se mais suportáveis a medida em que conseguem ser nomeados.

O que caracteriza o ser humano é a palavra. Dessa maneira o psicólogo trabalha com o que é mais específico no ser humano, ou seja, a linguagem, o verbo, a conversa. Sendo então, o especialista na arte de conversar. É esse seu ofício para o qual foi treinado ao longo de sua formação. (Simonetti, 2004)

Ou, dito de outra forma, utilizando novamente da linguagem poética, que para mim sempre será recurso valioso para transmitir minhas experiências. Concordando com Pessoa (1986, p. 28), quando diz:

*Creio que dizer uma coisa é conservar-lhe a virtude e tirar-lhe o terror. Os campos são mais verdes no dizer-se do que no seu verdor. As flores, se forem descritas com frases que as definam no ar da imaginação, terão cores de uma permanência que a vida celular não permite. Mover-se é viver; dizer-se é sobreviver. Não há nada de real na vida que o não seja porque se descreveu bem. (Pessoa, 1986, p. 28).*

Para Sarti, (2001) o corpo define-se de acordo com as regras do mundo social no qual se inscreve. Ainda que os conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia humanas possam ser aplicados universalmente, os eventos biológicos humanos existem como realidades simbólicas e vão ser, não apenas “traduzidos”, mas criados e recriados no contexto sociocultural, no qual o indivíduo nasce, cresce, se desenvolve e morre, inexistindo, como experiência humana, fora deste contexto.

A mesma autora destaca ainda que, o mundo social existe apenas ao se constituir como sentido para os indivíduos que nele vivem. E os indivíduos só desenvolvem o significado de suas experiências, inclusive da dor, mediante as referências coletivas. Não haveria, então, realidade social sem significado subjetivo para os que nela vivem, ao mesmo tempo que o significado de cada ato individual, cotidiano e singular, só existe como produto do que lhe é dado viver na sociedade e na cultura às quais pertence.

Considera-se que o adoecer e o período de internação marcam uma ruptura com o curso da vida, inclusive as formas de relação com familiares, amigos, trabalho e vida produtiva, ruptura que pode ter tido início há muito tempo. Diante destas circunstâncias da vida, cabe ao psicólogo avaliar e intervir, através de acompanhamento sistemático, sobre os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica, assim como destacar os aspectos psicológicos e a diversidade de vivências que podem estar implicadas no processo do adoecer. Conhecer quem é o doente vai além de saber o nome, filiação, estado civil, profissão, qual é a doença orgânica, tempo de internação e procedimento médico. Faz-se necessário disponibilidade

e capacitação técnica para poder saber do sofrimento daquele que sofre também de uma outra ordem de dor, a das circunstâncias de existir. (Simonetti, 2004)

De acordo com Kupermann (2016), o adoecimento pode ser pensado através de três tempos. Em um primeiro tempo temos um sujeito em sofrimento inédito, e geralmente inesperado, para o qual não dispõe de repertório simbólico capaz de ajudá-lo a promover sentido para essa experiência de vulnerabilidade, e frequentemente o corpo se oferece como destino para o padecimento sem nome, este é o tempo do indizível. No segundo tempo, esse mesmo sujeito busca testemunhar seu sofrimento na presença sensível de um outro confiável. É o tempo do testemunho. O terceiro tempo, é aquele que ocorre quando este outro não está disponível para escutar, ou testemunhar, o sofrimento do adoecido, porque é remetido, ele mesmo (o outro), a um estado de impotência tão angustiante que transforma o indizível da dor do doente em inaudível. É o tempo da indiferença desautorizadora.

Assim, na perspectiva do mesmo autor, a indiferença do outro frente ao sofrimento do doente é traumatizante por impedir o suporte, o enquadre e o compartilhamento afetivo capaz de promover sentido às experiências vividas pelo sujeito em estado de sofrimento. Justamente por isso o cuidado é a contrapartida clínica para as situações potencialmente traumáticas provocadas pelo processo de adoecimento.

Seguindo nesta reflexão, ao longo de diversos atendimentos foi comum ouvir dos pacientes algumas falas como: “É muito tempo aqui nesse hospital, às vezes acho que vou enlouquecer...”, “Ontem de noite fiquei muito ansioso...”, “Esse tempo aqui no hospital me fez enxergar várias coisas, acho que aprendi a ter mais paciência, vou ser uma outra pessoa quando eu voltar pra casa.” ou “Acho que agora vou valorizar bem mais as coisas que são realmente importantes.” que foram registradas em meu Diário de Campo, representando diversas emoções e sentimentos que puderam se expressar diante do trabalho da Psicologia.

Há uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado. Sendo assim, o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado, isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, um fora que se institui, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação. (Franco & Merhy, 2012)

Nesta perspectiva, Ayres (2004, p.22) em seu texto “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”, afirma que a ideia de cuidado é a designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Nesses inúmeros encontros-atendimentos, busquei preservar meu olhar estrangeiro, aquele que não se acostuma ao endurecimento instituído. Mantendo a aposta, ora no poder de palavra, ora no poder de silêncio, ambas ferramentas potentes na “mão-na-massa” diária da psicologia. Procurei estimular modos de expressão das subjetividades com relação ao vivido. Oferecer hospitalidade acolhendo o sofrimento do doente, por mais impactante que possa ser estar diante da dor do outro, permitir ser afetada pelo paciente, e afetá-lo facilitando a produção de sentido para a experiência do adoecimento, do tratamento e dos seus destinos, melhora ou agravamento.

## Referências

- Andrade, C. D. (2003). *A rosa do povo*. Rio de Janeiro: Record.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3), 16-29.
- Franco, T.B., & Merhy, E.E. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 6(12), 151-63.
- Feuerwerker, L. C. M., & Cecílio, L. C. O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 965-971.
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Gen Forence.
- Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. *Revista da SBPH*, 19(1), 6-20.
- Lisboa, T. C. (2002). Breve História dos Hospitais. *Notícias Hospital*. 4(37), 1-30.
- Magalhães, B., & Mariani, B. (2010). Processos de subjetivação e identificação: ideologia e inconsciente. *Linguagem em (Dis)curso*, 10(2), 391-408.
- Merhy E.E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política Nacional de Humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, Brasília.
- Oliveira, R. C. M. (2014). (Entre)linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (In)formação na/da abordagem (auto)biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, 2(4), 69-87.
- Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. L., Leal, E., Serpa, O. D. de, Baccari, I. O. P., Ferrer, A. L., Diaz, A. G., & Xavier, M. A. Z. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2847-2857.
- Pessoa, F. (1986). *Livro do desassossego*. Seleção e introdução de Leyla Perrone-Moisés (2a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Sartre, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*. 10(1), 3-13.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

---

Recebido em maio de 2019

Aceito em junho de 2019

---

**Leticia Sottoriva:** Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública (ESP-RS). Residente pelo Programa de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto/Idoso pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

**Fernanda Pasquoto de Souza:** Possui graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil (2005). Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental pela WP. Atualmente é Professora da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Tutora da Campo da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto/Idoso da Universidade Luterana do Brasil e Editora Associada da Revista Interdisciplinar de Psicologia e Promoção da Saúde Aletheia.

**E-mail para contato:** leticia.sottoriva@gmail.com.