

**Universidade Federal de Uberlândia**  
**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**  
**Atenção em Saúde da Criança**

Natane Gonçalves Silva

**O psicólogo e seu lugar: contexto hospitalar e prática multiprofissional**

Uberlândia

2020

**Universidade Federal de Uberlândia**  
**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**  
**Atenção em Saúde da Criança**

Natane Gonçalves Silva

**O psicólogo e seu lugar: contexto hospitalar e práxis multiprofissional**

Trabalho de Conclusão de Residência como requisito para conclusão da residência em área multiprofissional em saúde, pelo Programa de Atenção em Saúde da Criança, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Benevides Magalhães Braga.

Uberlândia

2020

**Natane Gonçalves Silva**

**O psicólogo e seu lugar: contexto hospitalar e práxis multiprofissional**

**Trabalho de Conclusão de Residência como requisito para conclusão da residência em área multiprofissional em saúde, pelo Programa de Atenção em Saúde da Criança.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Benevides Magalhães Braga.**

**Banca Examinadora**

**Uberlândia, 17 de fevereiro de 2020**

---

**Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha**

**Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG**

---

**Prof. Me. Neftali Beatriz Centurion**

**Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG**

---

**Prof. Dra. Karine Santana de Azevedo Zago**

**Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG**

**Uberlândia**

**2020**

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me dado esperança, sabedoria, saúde e fé para superar as dificuldades. Ao hospital e universidade pela oportunidade de crescimento profissional. A minha orientadora Tatiana, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções. Aos meus pais e irmã pelo incentivo e apoios. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desse processo, o meu muito obrigada.

## **Resumo**

Este trabalho teve o objetivo de investigar como é construída a percepção do psicólogo pela equipe de saúde no contexto de trabalho multiprofissional hospitalar. Para tanto, o trabalho adotou uma metodologia qualitativa, tendo como fonte de dados entrevistas com os profissionais de diferentes categorias. O procedimento de coleta de dados foi realizado numa cidade do interior de Minas Gerais, em Hospital Universitário, tendo a fenomenologia existencial como perspectiva epistemológica e metodológica que embasa a pesquisa e a análise de dados. Após a coleta, procederam-se leituras visando destacar as articulações de sentido realizadas pelos profissionais, suas contextualizações e o processo hermenêutico de sua constituição. A partir da trama narrativa assim constituída, as relações de sentido foram cerzidas para compor a trama significativa da paisagem social encontrada no campo. Foram destacados os seguintes eixos norteadores da compreensão sobre o trabalho do psicólogo: ingresso no campo da saúde, concepções de saúde, influências institucionais, relações multiprofissionais de trabalho e o lugar do psicólogo propriamente dito. Na análise desses eixos, destacam-se representações sociais sobre as profissões de saúde que contribuem para um desencontro no diálogo multiprofissional, permeadas por condicionantes sociais e institucionais e aliadas a uma reprodução do fazer em saúde ainda centrado no modelo curativo e na hegemonia médica. Sob esse pano de fundo, a práxis psicológica torna-se de difícil integração, já que é representada apartada do modelo tradicional de saúde ou voltada ao ajustamento da conduta do paciente para adesão ao tratamento. Conclui-se pela necessidade de abertura de campos de reflexão sobre o fazer das múltiplas profissões de saúde tanto na formação quanto no cotidiano institucional e pela necessidade de uma maior apropriação da discussão sobre a prática psicológica no contexto da saúde tanto na formação acadêmica do psicólogo quanto no cotidiano profissional.

**Palavras-chave:** Fenomenologia; Equipe Multiprofissional; Prática Psicológica

## **Abstract**

This work aimed to investigate how the perception of the psychologist by the health team is constructed in the context of hospital multidisciplinary work. To this end, the work adopted qualitative methodology, using interviews with professionals from different categories as the data source. The data collection procedure was carried out in a city in the interior of Minas Gerais, in a University Hospital, with phenomenological-existential as an epistemological and methodological perspective that supports the research and data analysis. After the collection, readings were carried out in order to highlight the articulations of meaning made by the professionals, their contextualizations and the hermeneutic process of their constitution. From the narrative plot thus constituted, the relations of meaning were used to compose the significant plot of the social landscape found in the countryside. The following guiding axes of understanding about the psychologist's work in this context were highlighted: entry into the health field, health conceptions, institutional influences, multiprofessional work relationships and the place of the psychologist itself. In the analysis of these axes, social representations stand out about the health professions that contribute to a mismatch in the multiprofessional dialogue, permeated by social and institutional conditions and coupled with a reproduction of health care still centred on the curative model and medical hegemony. Under this background, psychological praxis becomes difficult to integrate, since it is represented apart from the traditional health model or aimed at adjusting the patient's conduct for adherence to treatment. It concludes by the need to open fields of reflection on the making of the multiple health professions both in training and in the institutional daily life and by the need for a greater appropriation of the discussion on psychological practice in the context of health both in the academic education of the psychologist and in the professional routine.

**Keywords:** Phenomenology; multiprofessional team; psychological practice.

## SUMÁRIO

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>                                                         | <b>7</b>  |
| <b>2. METODOLOGIA.....</b>                                                        | <b>14</b> |
| 2.1 Metodologia Proposta.....                                                     | 14        |
| 2.2 Critério de Escolha dos Participantes.....                                    | 16        |
| 2.3 Metodologia de Análise de Dados.....                                          | 16        |
| <b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                             | <b>19</b> |
| 3.1 Dinâmicas institucionais e práticas de saúde na experiência profissional..... | 19        |
| 3.2 O psicólogo e seu lugar.....                                                  | 21        |
| 3.3 O ingresso na área da saúde.....                                              | 28        |
| 3.4 Concepções saúde e doença.....                                                | 34        |
| 3.5 Dimensão multiprofissional de trabalho.....                                   | 37        |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                               | <b>42</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                           | <b>45</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                | <b>48</b> |
| Anexo I.....                                                                      | 49        |
| Anexo II.....                                                                     | 51        |
| Anexo III.....                                                                    | 52        |
| Anexo IV.....                                                                     | 53        |

## 1. INTRODUÇÃO

A concepção médica de saúde tal como a conhecemos é oriunda das transformações sociais, econômicas e geopolíticas ocorridas na Idade Moderna. A instituição da ciência como modelo de construção da verdade, pautado na racionalidade, ocorreu em detrimento do dogma religioso propagado pela Igreja durante a Idade Média. Tal advento fez emergir consigo novos modos de representação do corpo, das relações de conhecimento (que passam a se configurar no binômio sujeito-objeto e que na saúde se traduzem no binômio médico-paciente) e da organização da norma social, em que uma polarização entre normal e patológico substituiu a polarização medieval pecado-virtude (FOUCAULT, 1963, CANGUILHEM, 2009).

Neste paradigma racionalista, o corpo passa a ser compreendido como campo de relações causais passíveis de serem descobertas pelo experimento científico e manipuladas pelo saber médico (GADAMER, 2006). É na concepção de uma saúde que ocorre em uma cadeia de relações biológicas de causa e efeito que emerge tanto a representação do corpo humano como máquina quanto a ideia de cuidado com a saúde como eliminação de doenças, ou seja, de mecanismos causais indesejáveis.

A instituição hospitalar emerge, no século XVIII, alinhada à concepção sociocultural de saúde centrada na ausência de doença biológica (FOUCAULT, 2001) e, simultaneamente, reproduz eixos discursivos próprios do paradigma que a fez surgir: mecanismos de manipulação e sedação eliminam eventuais manifestações do sujeito doente para fazê-lo funcionar apenas como corpo, enquanto locus das causalidades biológicas; estruturas institucionais como diagnóstico, terapêutica, laudos, prontuários e consultas acentuam a circulação do discurso médico, circunscrevendo-o enquanto ordem de verdade sobre o processo do adoecimento; a estrutura arquitetônica restringe a circulação do doente enquanto abre espaço à circulação de médicos e paramédicos.

Para FOUCAULT (2001), embora a medicina moderna tenha origem já no fim do século XVIII, observa-se uma mudança significativa na percepção médica do início do século XIX. Se até o século XVIII, as descrições médicas focavam-se na relação entre possíveis processos fisiológicos e a experiência sensível do doente, fazendo amiúde uso de alusões e metáforas, entre o final do século XVIII e o início do século XIX o discurso médico foi cada vez mais se centrando na racionalidade, na descrição do visível e na correspondência entre esse visível e o até

então invisível (FOUCAULT, 1963), que começa a revelar-se de modo cada vez mais articulado à medicina na observação de células e elementos biológicos a nível microscópico. Foucault observa, por exemplo, que estudos de anatomistas do final do século XVIII descrevem elementos como textura, forma e cores ao estudarem a patologia do encéfalo a partir do instrumento chamado quebra-crânio: é no contato perceptivo e diretamente sensível que a medicina se reconhece, atribuindo à observação uma objetividade e um critério de certeza e verdade que funda a medicina moderna.

Todavia, ao final do século XIX e início do século XX, diversas críticas se instituem à racionalidade científica pautada no pragmatismo, no mecanicismo e na ideia de neutralidade, advindas das consequências sociais e epistemológicas do positivismo científico. Entre tais críticas, destaca-se a hermenêutica, que discute os riscos do abstracionismo científico que, ao deslocar os fenômenos de seu contexto concreto de constituição, destitui as influências sociopolíticas implicadas na construção do conhecimento. Ressalta-se ainda a fenomenologia, a qual aponta os riscos de que a teorização científica se distancie dos fenômenos que estuda a ponto de tornar-se tautologia.

Assim, MERLEAU-PONTY (1999), por exemplo, observa que a experiência diretamente vivida pelos sujeitos é a base e o meio de acesso da própria ciência, sempre derivada e dependente de nosso contato concreto e primeiro com a experiência. Por conseguinte, a fenomenologia compreende-se como ciência que reconhece o valor da experiência, buscando-se pelo método fenomenológico descrever aquilo que é percebido e existe no mundo.

Destacam-se ainda as críticas oriundas da saúde mental e da saúde coletiva, para as quais o médico chega a ocupar um lugar de poder quando esse local efetivamente se torna orientado pela concepção de que, para se compreender o fenômeno, é necessário separar o objeto (o doente) e isolá-lo tal como é feito em laboratório, a partir do método das ciências naturais (AMARANTE, 2007). Reduzido o indivíduo a objeto, o exercício da profissão de medicina tem no hospital um reduto próprio. Fragmentando-se o processo de trabalho com relação às inúmeras especialidades médicas; dificulta-se a integração do ensino clínico e se favorece a alienação do trabalho, tomado como engrenagem da lógica capitalista.

A criação da psicologia ocorre num contexto em que as influências do positivismo científico e das críticas filosóficas se entrecruzam. Embora em muitos campos científicos houvesse êxito na aplicação do método de sistematização racional e matemática de dados obtidos por via

experimental apresentavam-se, também, inúmeras vicissitudes na adoção da racionalidade como via de compreensão do homem e da sociedade. O desenvolvimento tecnológico do século XIX, com a Revolução Industrial, significara também o veemente aumento da desigualdade social em diversas regiões, bem como o aumento das tecnologias de violência no imperialismo colonialista e posteriormente na Primeira Guerra Mundial.

Nesse contexto da segunda metade do século XIX, ocorre a construção do primeiro laboratório de psicologia por Wundt, o qual se articula ao exercício do método experimental e à preocupação com o conhecimento observável. Por outro lado, diversos filósofos, cientistas sociais e outros pesquisadores questionavam a crença na racionalidade como única via de solução dos dilemas humanos. Brentano, Freud, Husserl, Dilthey e outros autores com raiz da filosofia psicologista embasaram, entre meados do século XIX e o início do século XX, o questionamento dos paradigmas positivistas experimentais, levando a diversas vias de aprofundamento epistemológico para compreender a pesquisa clínica, as relações entre indivíduo e sociedade, as relações entre consciência e a realidade na própria construção do conhecimento, entre outros (CAMBAÚVA; CECÍLIA; FERREIRA, 1998).

Nesse âmbito, se o questionamento da dimensão humana permite uma articulação entre psicologia e produção histórico-social da realidade, por outro lado grande parte do pensamento psicológico se volta para a submissão do sujeito à ordem social, numa psicologia aplicada às áreas educacionais e do trabalho e à concepção do sofrimento como de responsabilidade individual, endossando a ideia de um ajustamento à norma vigente e à restrição a espaços de reflexão coletivos (CAMBAÚVA; CECÍLIA; FERREIRA, 1998).

A partir do final da Segunda Guerra Mundial e, no Brasil, do processo de redemocratização do país na década de 1980, a psicologia ingressa em diversos campos de ação social que levam ao questionamento das ações de cunho individualizante e normatizador em prol do reconhecimento e da intervenção contextualizada e articulada aos condicionantes sociais no processo de constituição das subjetividades, passando a voltar-se mais para a perspectiva multiprofissional e multifatorial da realidade.

Um elemento importante deste processo é a articulação entre esse modelo de saúde e o capitalismo nascente: a centralidade na racionalidade e na estrutura biológica favorecem a construção de medicamentos como mecanismos produtores de manipulações na causalidade do processo saúde-doença. É nesse contexto que observamos se fortalecerem, no início do século

XX, organizações e corporações voltadas à concepção tecnológica e curativa da saúde centrada na produção de medicamentos e novas tecnologias a serem utilizadas para eliminar a doença já instalada.

É no contexto histórico da segunda metade do século XX, influenciado por fatores sociopolíticos como a Segunda Guerra Mundial, a Guerra Fria, o Estado de Bem Estar Social nos países europeus, a luta por direitos civis e ações afirmativas nos Estados Unidos e a independência de países africanos - que reivindicavam nas organizações internacionais o cuidado com situações de pobreza extrema enquanto elemento básico para a produção da garantia mínima de direitos como saúde e educação - que ganham força as concepções de saúde que a articulam ao desenvolvimento socioeconômico.

Paradigmática desse contexto é a declaração de Alma Ata, de 1978, que articula a saúde ao desenvolvimento numa concepção socioeconômica e preventiva de saúde. Nessa concepção, a oferta de condições mínimas de desenvolvimento social, tais como saneamento básico e educação preventiva em saúde, é fundamental para a preservação da saúde populacional enquanto estratégia de Estado e depende da participação efetiva dos sujeitos, articulando promoção da saúde e promoção da cidadania.

Influenciado por todo contexto internacional e em contraposição ao modelo curativo e centralizador difundido pela ditadura brasileira nos anos 1970, o Movimento Sanitário se constituiu intencionando o estabelecimento de uma nova reorganização do sistema de saúde do país com participação popular. Ainda na mesma década surgiu o movimento realizado por trabalhadores de saúde mental em denúncia à precariedade de recursos, profissionais, assistências, e críticas ao tratamento manicomial, dentre outros; a chamada “crise da Dinsam” que objetivaria a substituição do modelo curativista e segregacionista (DIMENSTEIN, 1998).

No final dos anos 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em que se definiram as bases do projeto de Reforma Sanitária brasileira, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que consolidou a reforma sanitária, contribuíram para modificar o assistencialismo psiquiátrico brasileiro; sendo ressaltados o privilégio das equipes multiprofissionais na rede de atenção e a visão holística dos sujeitos, dentre outras questões (DIMENSTEIN, 1998).

No ano de 1988, aprovou-se o Sistema Único de Saúde, que é a maneira proposta hoje para a produção de serviços de saúde pública de modo descentralizado, numa rede hierarquizada e regionalizada, com priorização do atendimento integral e de ações preventivas (DIMENSTEIN,

1998). O SUS é grandemente herdeiro da concepção socioeconômica e preventiva de saúde: os agentes comunitários de saúde se baseiam em experiências semelhantes em outros países, a divisão em níveis de atenção pretende dar destaque à esfera preventiva, a participação popular institui a articulação entre saúde e cidadania, os princípios de integralidade, universalidade e equidade se articulam à construção de condições democráticas de desenvolvimento socioeconômico em sua articulação com a saúde.

Todavia, a institucionalização do SUS não significa a queda do paradigma tecnológico e curativo em saúde. Processos contemporâneos como a medicalização de experiências tais como parto, menopausa, sexualidade e desempenho escolar estão intimamente ligadas ao modelo tecnológico e curativo de saúde, assim como a formação hegemônica no país para diversos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, etc) (CAMPOS, 1999).

Além do enfrentamento da tradição tecnológico-curativa hegemônica, a proposta do SUS enfrenta ainda atualmente os avanços do neoliberalismo, com uma concepção político-econômica contrária a propostas como o SUS. Assim, nas práticas cotidianas do SUS, encontramos um campo de conflitos, ambiguidades e tensões entre a proposta original do modelo sócio econômico e preventivo e a hegemonia social dos discursos do modelo tecnológico e curativo.

É nesse campo que se inserem os psicólogos, também trazendo suas próprias ambiguidades entre um modelo formativo individualista e um olhar psicossocial para os processos de saúde e doença. A expansão da psicologia no Brasil na década de 1970 esteve contextualizada pela difusão de um modelo de subjetividade individualista e socialmente descontextualizada (COIMBRA, 1995), levando a uma teorização e prática voltadas ao atendimento individual em consultório particular.

Também ocorreu a abertura de vários cursos para o psicólogo na área hospitalar, sendo dirigidos em sua maioria por psicanalistas (DIMENSTEIN, 1998), e partindo da pressuposição de uma articulação lógico-causal entre sintoma orgânico e funcionalidade intrapsíquica (SPINK, 2013).

Desde meados de 1960, período da regulamentação da formação do psicólogo e seu exercício profissional, até os dias de hoje os psicólogos atuaram institucionalmente, o que inclui práticas de orientação profissional e psicopedagógica, diagnóstico e testes psicológicos e ainda em campos já ocupados pelo médico pelo uso de estudos de caso, psicoterapia e perícia (DIMENSTEIN, 1998).

Todavia, as concepções que orientavam essas práticas variaram significativamente, abordando desde perspectivas de cunho individualizante e segregacionista até práticas que desenvolviam uma crítica sobre o compromisso social da psicologia, principalmente a partir do movimento de redemocratização do país (COIMBRA, 1995, SPINK, 2013).

Assim, a partir do estabelecimento do SUS e da crítica a uma psicologia individualista, cuja tradição de atuação das instituições caracterizou-se frequentemente mais pelo cunho avaliativo e pela atuação multiprofissional segmentada do que pela integração disciplinar e pela escuta dos sujeitos, o psicólogo é convidado atuar sob novo prisma, calcado nos princípios do SUS: uma perspectiva territorial, de maior interação multiprofissional, de funcionamento em rede e de promoção da cidadania. Simultaneamente, fatores como a crise econômica e social no Brasil na década de 80, os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade e a difusão da psicologia na sociedade (DIMENSTEIN, 1998) reforçam a inserção do psicólogo na saúde pública.

Um campo recente de entrecruzamento dessas esferas é a residência multiprofissional em saúde. Criada como eixo de formação profissional para o SUS, pretende inserir uma prática multidisciplinar no atendimento que permita a ampliação do olhar sobre os processos de saúde-doença. Assim, a construção multiprofissional do atendimento na residência permitiria intensificar uma formação dirigida ao olhar biopsicossocial, fortalecendo os princípios de atuação do SUS, voltados ao olhar socioeconômico e preventivo.

Todavia, a prática das residências no Brasil tem especial tradição na medicina exercida no âmbito hospitalar, trazendo como influência as diretrizes do modelo biologicamente centrado, de dimensão tecnológica e curativa. Além disso, diante do avanço do neoliberalismo, os programas de residência multiprofissional por vezes correm o risco de resvalar na mera oferta de mão de obra barata para o SUS.

Segundo CUNHA (2004), o hospital é o espaço de formação predominante dos profissionais de saúde de modo a que a passagem nesse local acaba marcando as aptidões dos mesmos ainda quando eles exercem sua atuação no campo da Atenção Básica. Ademais, existe uma intensa fragmentação do cuidado pelo uso das especialidades nos hospitais - especialmente nos universitários - pois na medida em que novas enfermidades surgem o paciente é submetido a variadas interconsultas que se voltam para cada especificidade de seu corpo. Assim, observa-se que o próprio modelo biomédico baseia-se em uma análise desintegrada do sujeito.

CAMPOS (1999), em seu estudo sobre as modalidades do serviço de saúde integrantes da formação de estudantes de medicina, aponta como a lógica da organização em hospitais universitários e o imaginário cientificista e assistencial nos cursos de graduação na área torna presente, ainda hoje, tanto a preponderância do discurso biológico quanto sua cisão em relação a outros aspectos componentes do quadro de saúde, com os quais os estudantes não são levados a lidar.

É importante mencionar que a psicologia no contexto hospitalar, calcada na integração de saberes e compreensão do indivíduo como ser biopsicossocial, encontra dificuldade na aplicação dessa fundamentação em questão, uma vez que o modelo biomédico encontra-se arraigado e enrijecido a partir do paradigma da medicina (CHIATTONE, 2000). Nesse contexto, o presente trabalho pretende discutir as representações sobre a presença de psicólogos num hospital universitário ofertante de residência multiprofissional.

Assim, nesta pesquisa, nós queremos compreender como os profissionais de saúde de diferentes áreas percebem o trabalho do psicólogo que atua no hospital. Essa investigação visa contribuir para compreender melhor as dificuldades e avanços envolvidos na prática de tal profissional tanto em um olhar uniprofissional quanto multiprofissional no âmbito da saúde e de que modo essas questões afetam o usuário do serviço de saúde e a população em geral.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Metodologia proposta**

Dado o objetivo de conhecer a percepção do psicólogo pela equipe de saúde no contexto de trabalho multiprofissional hospitalar, a presente pesquisa adota metodologia qualitativa, abrindo espaço para a expressão própria dos discursos, percepções e afetos dos sujeitos e permitindo conhecer em profundidade a elaboração e desenvolvimento do tema investigado. No desenvolvimento metodológico das entrevistas e da análise, busca-se explorar aspectos como a noção de saúde utilizada pelos profissionais, a percepção dos profissionais sobre o contexto hospitalar, a organização das relações, tarefas e sentidos na instituição hospitalar, a percepção dos profissionais sobre o trabalho multiprofissional, a percepção dos profissionais sobre a rotina de trabalho, a percepção individual e coletiva das diferentes categorias profissionais em relação ao trabalho do psicólogo, as percepções e representações sociais dos profissionais no tocante à psicologia e as experiências e momentos de contato com o serviço de psicologia realizados pelos profissionais no contexto hospitalar.

A metodologia qualitativa adotada pauta-se pela perspectiva hermenêutico-fenomenológica (CRITELLI, 2012, BRAGA, 2014), compreendendo a experiência e as percepções dos sujeitos enquanto entremeadas no contexto concreto do mundo em que habitam. Desse modo, ao expressar sua perspectiva particular, os participantes também se articulam com o contexto mais amplo em que essa perspectiva se constituiu, com seu processo histórico hermenêuticamente sedimentado, suas condições pragmáticas, suas redes relacionais e a trama de significados sobre a história, as relações e acontecimentos que se sedimenta na convivência cotidiana.

Participaram da pesquisa 17 profissionais de diferentes categorias profissionais de um Hospital Universitário que têm convívio profissional com o serviço de psicologia do hospital estudado. Os riscos para os participantes da pesquisa incluem, o de quebra de sigilo, prevenido pelo uso de nomes fictícios, guarda exclusiva do material com os pesquisadores e descarte do material após a finalização da pesquisa.

Foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha duas etapas de pesquisa: a realização de entrevistas e a realização de grupos de discussão, sendo este trabalho elaborado a partir dos dados da primeira etapa. A chefia imediata destes profissionais foi informada sobre a abordagem dos funcionários no local. Posteriormente à assinatura do TCLE,

foi marcada uma data para a entrevista semiestruturada. A entrevista se baseou em um roteiro contendo os seguintes temas de investigação: noção de saúde utilizada pelos profissionais; percepção dos profissionais sobre o contexto hospitalar; percepção dos profissionais sobre o trabalho multiprofissional; percepção dos profissionais sobre a rotina de trabalho; investigação sobre a percepção individual e coletiva das diferentes categorias profissionais em relação à saúde e contexto hospitalar.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada e fechada no próprio ambiente de trabalho destes profissionais ou em sala contígua ao hospital dentro do campus universitário, conforme a escolha dos próprios participantes, procurando criar um ambiente em que se sintam à vontade e possuam privacidade para se expressarem livremente. Também devido à utilização do ambiente profissional, os participantes não tiveram despesas com transporte ou alimentação.

O recrutamento dos sujeitos ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética em pesquisa. Os sujeitos foram chamados para participar da pesquisa de maneira presencial, tendo explicado os objetivos e procedimentos da pesquisa e posteriormente realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como forma de discorrer brevemente sobre a pesquisa, ressaltando que a participação é voluntária e sigilosa e deixando contato disponível para eventuais dúvidas ou confirmação posterior para participação na pesquisa. Após a assinatura do TCLE, foram marcadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade do participante. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) em 17 de junho de 2019 com o número de CAAE 12272919.7.0000.5152.

Os temas procuraram contemplar os elementos constantes nos objetivos da pesquisa, sendo acionados como disparadores para evocar as percepções dos entrevistados, havendo no entanto abertura para explorar qualquer tema que se apresentar como relevante para o problema de pesquisa nas falas dos participantes. As perguntas foram semi-dirigidas e gravadas e realizadas em locais fechados disponíveis em cada setor que incluem o programa de atenção à saúde da criança, sendo esses: enfermaria de pediatria, UTI pediátrica, PS pediatria.

Os setores voltados para a saúde da criança do hospital investigado foram escolhidos no recorte metodológico da pesquisa porque neles trabalham psicólogos em conjunto com outros profissionais de saúde, tanto em caráter de formação em serviço possibilitado pela inserção de uma residência multiprofissional quanto em caráter de assistência direta a pacientes, por meio de prestação de serviços integrada ao Sistema Único de Saúde. Além disso, a experiência prévia de

uma das pesquisadoras nesses setores facilita a aproximação com os profissionais investigados, permitindo maior adesão à atividade de pesquisa. Tal contato prévio caracteriza-se pelo contato ocasional em esfera profissional, não estruturando um viés em relação ao tema investigado, pois a atividade de pesquisa e seus resultados não possuirão qualquer consequência para os participantes.

O convite se estendeu a todos os profissionais efetivos da instituição, excetuando-se os estagiários e residentes, com faixa etária de 18 anos no mínimo até 65 anos em média, sendo aceitos os que se voluntariaram, respeitada a distribuição por categoria profissional. O critério de ordem de chegada busca, desse modo, evitar falhas éticas na composição dos participantes. No mesmo sentido, entre os profissionais selecionados, foram recrutados ao menos representantes de quatro diferentes profissões de saúde, não psicólogos. O grupo de discussão a ser realizado com esses profissionais em uma segunda etapa, faz parte do projeto de pesquisa, porém não foi contemplado nessa pesquisa.

## **2.2 Critério de Escolha dos Participantes**

Ser trabalhador de saúde do hospital investigado, que abriga diversos programas de residência multiprofissional. Os participantes foram do gênero masculino e feminino. Considerando que os participantes foram todos profissionais efetivos no hospital, a faixa etária foi de 18 anos no mínimo até 65 anos em média, já que a quase totalidade dos funcionários da instituição aposenta-se até essa faixa etária. Foram excluídos da pesquisa profissionais psicólogos, indivíduos que não trabalham no hospital investigado e não são profissionais de saúde e não trabalham nos setores voltados para a saúde da criança.

## **2.3 Metodologia de Análise de Dados**

A perspectiva hermenêutico-fenomenológica compreende os fenômenos enquanto, simultaneamente, entremeados na rede histórica de significações da experiência prática com o mundo e articulados na relação entre sujeito que percebe e mundo percebido (GADAMER, 2006). A articulação relacional entre a consciência e o mundo coloca diante de cada um uma

perspectiva que se apresenta e que, embora limitada em sua interface, é também integrante da multiplicidade do real.

Assim, compreende-se que cada participante pesquisado entra em contato com experiências sobre o fenômeno que são simultaneamente singulares e representativas; direta e concretamente vividas, porém entremeadas pelas significações sociais e pela história do contexto em que se apresentaram. Para articular o conjunto das diferentes perspectivas numa constelação que implica os acontecimentos e vivências diretas dos participantes, entremeadas pela trama de significações hermeneuticamente sedimentadas no processo de constituição das experiências, o material colhido foi analisado tanto da perspectiva do participante singular como em sua relação com os discursos de outros participantes.

Desse modo, foram realizadas duas leituras iniciais para a exploração e conhecimento do material, buscando compreender o decurso das experiências, reflexões e impressões narradas. Na primeira leitura de contato com o material, buscar-se-á aproximar o olhar visto pelos profissionais. Posteriormente, será efetuada uma segunda leitura para destacar os elementos mais significativos e elencar os temas mais importantes.

Em seguida, a análise se voltou para o discurso narrado por cada participante, explicitando suas experiências, destacando-se os elementos mais significativos e sua relação com outros tópicos, redes de sentido e interfaces do vivido. Nesse processo, desvelam-se os aspectos pertinentes ao fenômeno: as articulações de sentido presentes na experiência e a relação entre o fenômeno estudado - as percepções sobre o psicólogo - e outros elementos dele componentes, tais como as redes de relações afetivas e institucionais, o conjunto de atividades desenvolvidas e saberes proferidos no espaço social, as experiências pregressas, a tradição histórica de constituição das profissões e de relação entre as profissões, entre outros.

A partir do desenho da trama de elementos significativos de cada participante, foi realizada uma composição entre os diversos participantes, descrevendo expressões do existir que podem fornecer as experiências comuns (FEIJOO; MATTAR, 2014) e elementos de diferenciação. Buscou-se assim investigar pontos de articulação e afastamento entre os sentidos atribuídos ao psicólogo, núcleos de experiência e interpretação comum e sua relação com a formação acadêmica, as compreensões institucionais, a tradição de pensamento científico, e etc.

Nessa perspectiva, a investigação apresentada se figura também como cartografia clínica institucional, compondo uma paisagem social das representações e significações em torno da

prática psicológica. A cartografia busca traçar mapas referentes a territórios, regiões e suas fronteiras, demarcações, topografia, já a cartografia social liga-se aos campos de conhecimento das ciências humanas, não se refere a territórios, mas a campos de forças e relações (PRADO; FILHO; TETI, 2013). A cartografia aqui descrita trata, portanto, de percorrer e conhecer movimentos, relações, jogos de poder e de verdade, afetos e percepções, enfrentamentos entre forças, enunciações, movimentos, modos de objetivação, de subjetivação, de estetização de si mesmo, práticas de resistência e de liberdade (BRAGA, 2014).

O terceiro momento da análise foi, portanto, de articulação entre a composição interpretativa construída a partir dos relatos e registros oferecidos pelos participantes e um diálogo com autores, pesquisas e dados contextuais com o fenômeno investigado, buscando articular o fenômeno encontrado no campo ao contexto social mais amplo (CRITELLI, 2010).

Foram utilizados nomes de flores para designar cada entrevistado ao longo dos resultados e discussão.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Dinâmicas institucionais e práticas de saúde na experiência profissional

Um dos temas abordados na entrevista versou sobre o modo como os processos de saúde funcionam na instituição. Ao serem questionados a respeito da relação entre saúde e as instituições de saúde, se o hospital promove saúde ou doença, os participantes abordaram diversos aspectos do funcionamento hospitalar, da organização institucional e mesmo das políticas públicas. Entre os temas mais significativos estão questões relacionadas às políticas públicas e às falhas no serviço público, e problemas relativos à organização institucional e ao adoecimento da própria instituição.

Cinco profissionais apontaram problemas na condução das políticas públicas e falhas no serviço público. Entre esses problemas, destaca-se a ênfase na lógica hospitalar em contraposição a uma lógica preventiva, cuja construção necessitaria ser pensada em termos coletivos enquanto política pública, apontada por um dos profissionais. Ademais, a relação entre discursos e relações de poder, constituída na práxis e nas relações ensino-aprendizagem configura as relações entre instituído e instituinte e, portanto, a instituição. É também discutida a precariedade do atendimento em algumas instâncias do serviço público como comprometedora de todo o sistema. Entre essas falhas, são apontados problemas como falta de vagas e atendimento inadequado.

A entrevistada Íris traz o aspecto da falta de recursos para a realização de um serviço de qualidade e a necessidade dos profissionais procurarem meios de adaptar esses recursos para atender o paciente, o que possibilita a exposição do mesmo a riscos. O Girassol também traz o aspecto político associado à saúde na medida em que observa as falhas no serviço de saúde:

“As falhas que têm de realmente, de falta de vaga, de não atendimento adequado, de o que acontece de serviço público, não só de hospital, mas de atendimento de UAI, aqui por exemplo, de.. é... postinho e etc...Aí foi mal atendido: é porque o médico não fez diagnóstico, por isso que morreu. E aí fica uma situação de... generaliza né, todo o serviço público é desse jeito.”

Margarida refere sobre a dificuldade de uma resolutividade no trabalho que se inicia desde a atenção básica, interferindo em toda a rede de atenção em saúde:

... a maioria dos problemas, das demandas de saúde da população, poderiam ser resolvidas em unidades básicas de saúde, né? Por exemplo, com uma simples penicilina, uma droga de fácil obtenção, barata, um antibiótico barato, se resolveria a maioria das pneumonias comunitárias. (...) Você segura em baixo, né a população vai adoecer menos

né, porque você consegue evitar que a doença progrida. A população adoecendo menos, os hospitais, da mesma estrutura que tá, vai ser insuficiente pra atender a demanda né, se houvesse uma resolutividade maior na atenção primária. Então seria isso.

Nesse sentido, compreende-se que a correlação que os profissionais fazem com a saúde e as instituições, revela na verdade o papel da saúde pública do país, a qual se configura como um conjunto de discursos, práticas e saberes que promovem a saúde populacional. Logo, o campo de práticas da saúde pública depende de fatores como, ideias relativas à função do Estado nas áreas econômico-social e às responsabilidades individual e coletiva sobre a saúde e sobre os elementos que interferem no processo saúde-doença (ALMEIDA, 2013).

Ainda observamos uma realidade presente no SUS enquanto desafio, como a necessidade de mais recursos e melhor administração do dinheiro público, pois quando constatamos que é investido mais recursos na doença (internações, cirurgias) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas), entendemos de onde partem as falhas no serviço de saúde, a sua amplitude de ação e um olhar para a visão predominantemente curativista em saúde (ALMEIDA, 2013).

Sete entrevistados citam problemas relativos à organização institucional e três referem sobre o adoecimento da própria instituição. Nesses dois âmbitos são apontados problemas na relação profissional de saúde-paciente, na comunicação, na hierarquia e na autonomia de decisões. Embora os entrevistados tenham apontados problemas diferentes e algumas vezes tenham contradito falas uns dos outros, todos consideraram que os problemas institucionais avaliados têm como uma de suas consequências entraves na realização do trabalho.

Com relação a propensão de um adoecimento da instituição hospitalar, três profissionais da mesma categoria profissional, trazem a ideia de um adoecimento dos hospitais, por serem voltados à categoria de doença e não propriamente à categoria da saúde. Articulando essa concepção de adoecimento institucional também ao campo das políticas públicas, os entrevistados mencionam um adoecimento não somente dos hospitais, como também das instituições escolares, por não haver a prática da prevenção em saúde nesses locais.

Um deles (Lírio) enfatiza ainda a influência da mídia como promotora de doença, no sentido de produzir discursos muitas vezes questionáveis sobre a saúde em campos como a propaganda e a indústria de alimentos que, pelo lugar de saber e poder que ocupam na sociedade, influenciam diretamente no modo como pacientes e acompanhantes recebem, e muitas vezes contrapõem, informações médicas, dificultando a adesão ao tratamento. Por outro lado, a Tulipa, compreende uma dimensão positiva dos meios de comunicação que, pelo avanço tecnológico, contribuíram

para a difusão do conhecimento científico na população e conseqüentemente para a defesa dos próprios direitos de cidadania.

Tal contraposição entre as falas dos entrevistados traz à tona um elemento paradigmático das dificuldades institucionais: o acesso a outras fontes de informação para além do discurso do especialista da instituição acaba algumas vezes por questionar o lugar de saber e poder instituído na relação entre usuário e profissional de saúde. Em que pese a possibilidade da existência de informações incorretas pela propaganda, a contraposição de informações médicas, psicológicas e de outros campos do saber também aponta para a reivindicação de um espaço de diálogo sobre as ações de saúde que, embora preconizado nos próprios princípios do SUS, encontra resistências para sua realização na herança histórica de contraposição da relação médico-paciente.

Essa herança conta do quanto o discurso médico foi se afirmando no ambiente hospitalar, tornando as suas técnicas, procedimentos e condutas hegemônicas em detrimento de outros discursos, como os do próprio paciente, que se encontrava em posição de silenciamento, passivo e sujeito as normatizações impostas. Da mesma maneira observamos que essa ausência de voz está presente ainda hoje no contexto hospitalar.

No discurso de outros dois entrevistados (Dália e Rosa), observou-se que há dificuldade de comunicação entre as hierarquias presentes no hospital, interferindo diretamente na forma como o serviço é organizado e na relação profissional-paciente. Três profissionais apontaram a falta de reuniões, espaços de planejamento e discussão do trabalho como um problema tanto no desenvolvimento da comunicação institucional quanto na organização das relações de hierarquia. Um dos entrevistados apontou como problema institucional a burocracia e a dificuldade de acesso a profissionais de hierarquia superior para propor melhorias que fariam diferença na organização cotidiana do trabalho, diminuindo resolutividade e agilidade frente aos problemas. Outro entrevistado relatou sentir-se frustrada quando problemas institucionais ou administrativos prejudicam o tratamento de um paciente.

### **3.2 O psicólogo e o seu lugar**

No que se refere à visão dos profissionais sobre o trabalho do psicólogo identificou-se uma associação da atuação profissional à cronificação do quadro do paciente e à atuação em

consultório clínico, que revelam uma visão de saúde pautada no binômio mente-corpo e um desconhecimento das intervenções realizadas pro esse profissional no âmbito hospitalar.

Dos 17 entrevistados, 15 consideram o trabalho do psicólogo resolutivo, e duas (Tulipa e Violeta), não consideram. Quatro entrevistados acreditam que há uma desvalorização do trabalho do psicólogo por outros profissionais, no sentido de não haver resolutividade, haver resolutividade lenta e pouco eficaz, ou ainda a crença de que o médico e seu saber e instrumentos seriam suficientes para o cuidado com o paciente. Esses quatro entrevistados (médico, técnicos de enfermagem, nutricionista) citaram a categoria médica, desvelando a posição hegemônica dessa categoria profissional na associação ao cuidado em saúde.

Para a maioria dos entrevistados (15), existe uma associação do trabalho do psicólogo a situações em que o paciente ou familiar demonstra sofrimento emocional visível ou palpável, seja por cronificação de doença física ou manifestação de agravos na saúde mental. Tais situações em que se requiere a presença do psicólogo são associadas a um atendimento psicológico focado na relação paciente-profissional, o que significa que esses profissionais pouco solicitam a intervenção psicológica com profissionais, na mediação das relações entre paciente e família ou entre profissionais e pacientes, ou em outros formatos, tais como grupos, oficinas, plantão psicológico, etc.

Nesse contexto, alguns entrevistados, ao citar práticas alternativas à prática psicológica centrada na relação profissional paciente, referem-na apenas como possibilidade ou então a mencionam em outros contextos de saúde que não a instituição hospitalar. Para Dália, por exemplo, há uma valorização do trabalho do psicólogo em situações de cronificação do paciente como casos de transtorno alimentar ou câncer e quando há uma mobilização emocional da equipe. Por outro lado, o profissional vislumbra a possibilidade de trabalho preventivo da psicologia junto à nutrição em ambiente hospitalar ao citar modos de intervenção psicológica voltados para a orientações e esclarecimentos a nível emocional que outros profissionais não acessam com facilidade.

Já a entrevistada Margarida também situa a psicologia como atendimento específico voltado a pessoas consideradas com transtornos mentais ou a situações cronificadas percebidas como potencialmente geradoras de instabilidade psicológica. Ainda na sua perspectiva o atendimento psicológico no seu setor de trabalho não abrange todos os pacientes. Desse modo, o trabalho do psicólogo na rotina hospitalar figura na descrição do entrevistado como eminentemente

avaliativo. Contudo, para o entrevistado, em contextos em que a equipe precisa atuar juntamente com o psicólogo, há uma clareza maior da sua atuação, tanto em atenção terciária, no seu setor, como primária, na rede de atenção básica.

Desse modo, há uma confluência de duas perspectivas com relação ao psicólogo: ele é valorizado na medida em que adéqua as reações do paciente às expectativas da equipe, como facilitador do tratamento, ou quando atua nas questões não consideradas propriamente do “corpo”, de modo a reproduzir um binômio corpo-mente no atendimento em saúde. Logo, há uma compreensão tradicional da psicologia, voltada para a clínica em consultório, em que o cuidado é exercido predominantemente pela fala. A ciência psicológica em suas diferentes abordagens tem se desenvolvido ao longo dos tempos e fornecido diferentes meios de intervenção ao paciente, inclusive não restritas a um ambiente de consultório, como o que a própria entrevistada traz em sua fala quando diz da forma como o psicólogo trabalha e como a sociedade a enxerga:

“Existe assim na sociedade geral, existe uma certa tendência de negar o trabalho do psicólogo em função mais de conflitos da pessoa do que qualquer outra coisa. Uma coisa que desde a época do Freud você tem: ah como é que você vai curar alguém com palavras? Já perguntavam ao Freud lá no final do século XIX, como é que você vai curar alguém com palavras? Existe essa visão. As pessoas acham que pra curar você tem que ter é... remédios né, mas se esquecem de que nós somos 80%, nós somos palavras, nós somos símbolos, a gente é feito, a gente vive num mundo de símbolos, de referência simbólica. E então as palavras são uma parte importantíssima disso. E aí essa coisa do... essa visão que a sociedade é da psicologia, como uma coisa que não resolve porque é palavras, isso existe mesmo, isso é muito forte. Então, mas é um preconceito social né, que tem” (Entrevistada Margarida)

Nesse sentido verifica-se o discurso de uma psicologia da fala como se ela se referisse ao campo do abstrato e dessa maneira seria desvalorizada, uma vez que o concreto não se é associado à prática psicológica. Ademais, há outras semelhanças ao modelo tradicional, como o exercício do processo clínico mediante um diagnóstico de distúrbio ou desajustamento, que remete à psicologia elaborada a partir do modelo médico nas primeiras décadas do século e reforçada durante os anos 1970 (COIMBRA, 1995, PATTO, 2015).

Ademais, 8 entrevistados associam explicitamente o trabalho do psicólogo como separado do corpo, em que os processos orgânicos não estão relacionados aos aspectos psicológicos e emocionais, o que revela uma noção de separação entre mente-corpo. Esses profissionais trazem falas que ressaltam a presença de alguma expressão emocional visível apresentada pelo paciente sem abarcar qualquer sintoma físico que possa estar associado às emoções ou ainda descrevem o

psicólogo como se voltando para aspectos da mente unicamente, enquanto outros profissionais da área biomédica, se voltariam para aspectos do corpo. No discurso de um deles:

“Nesse caso, isso é, você abordaria dentro, você abordaria a mente, você abordaria, sei lá, a forma de trabalhar a mente, a consciência dessa, dessa, criança, a consciência da, do acompanhante você abordaria, abordaria a parte mais íntegra que tem ali, que não, mas não vai tocar, mas vai conseguir chegar lá de forma especial até que aquela criança se abra e conversa com você que, conta o que acontece ou deixa de acontecer, assim não sei, eu acredito que é bem específico mesmo da própria profissão” (Entrevistada Jasmim)

Sabe-se que os processos fisiológicos estão intimamente relacionados aos psicológicos ou emocionais, desde uma reação de ansiedade em que sintomas como sudorese, tremor das mãos, aumento da frequência cardíaca, entre outros são ocasionados como efeitos do primeiro. Ora, se existe uma intervenção que busque a compreensão da causa desse sintoma e a sua expressão por outras vias, ou ainda outras formas de sentido para o indivíduo, conseqüentemente haverá uma resposta orgânica diferente; o que justifica que os aspectos psicológicos não estão restritos à mente.

Na fala de um desses entrevistados, observa-se que somente quando a medicação não produz o efeito desejável para o tratamento do sintoma, no sentido excludente ou em uma última opção, solicita-se o trabalho do psicólogo. Tal afirmativa revela a necessidade de uma visibilidade dos sintomas emocionais para uma valorização da ciência psicológica em ambiente hospitalar, como se ela estivesse de algum modo que ser equiparada à concretude e visibilidade do tratamento dos sintomas físicos; tratados prioritariamente pelas ciências biológicas. Por outro lado, revela a criação de uma expectativa de ajustamento, em que o resultado do trabalho de atendimento seria a diminuição da queixa. Segundo o entrevistado:

“No caso do paciente, quando ele, quando a medicação não, por exemplo, uma medicação pra dor, você deu a medicação e ele tá muito queixoso, então você vê que tá além da, da dor física e que o remédio não vai ter, vai ter aquele resultado, daí a gente já pensa: é psicológico nesse caso.” (Entrevistada Violeta)

Da mesma forma, o Lírio associa o trabalho do psicólogo à adoção da subjetividade que o médico não consegue realizar por ter uma prática focalizada na atuação técnica e afastada da subjetividade humana na relação médico-paciente; ficando a cargo do psicólogo a lida com os aspectos emocionais.

Em um estudo realizado por TONETTO e WILLIAM (2007), sobre a interação estabelecida ente enfermagem e psicologia em um hospital, foi possível analisar que os psicólogos

entrevistados também observavam que outros profissionais os enxergavam como voltados para o cuidado exclusivo com os aspectos emocionais, ao mesmo tempo em que a medicina se restringiria para o tratamento com corpo. Assim, para alguns entrevistados, com a entrada da psicologia no hospital, diminuiu-se a demanda por envolvimento emocional da equipe com os pacientes, levando a equipe a considerar a exclusão desse envolvimento, sendo a cargo somente do psicólogo.

Essa perspectiva de divisão entre mente e corpo pode resultar em implicações diretas quanto ao trabalho de ambos os profissionais e sua relação com o paciente. Embora a escuta clínica promovida pela Psicologia se configure a partir da especificidade dessa profissão, o reconhecimento da humanidade do paciente para além da doença biológica e na relação entre fatores biológicos e outras esferas de influência da saúde é necessário à atuação de qualquer profissional. Da mesma maneira, o conhecimento de aspectos clínicos do adoecimento deve se articular ao olhar do psicólogo sobre o paciente no intuito de construir uma compreensão abrangente sobre a experiência do adoecer. Essa construção do lugar da Psicologia a partir de um binômio mente-corpo pode ser articulada às dificuldades institucionais de uma articulação multidisciplinar e multiprofissional.

Somente duas entrevistadas (Clívia e Dália) acreditam na relação entre mente e corpo na produção atuação do psicólogo. Uma delas, quando questionada sobre o que o psicólogo faz no hospital refere uma relação mente-corpo na própria produção do adoecer:

“Cuida da alma, das emoções, eu não falei que as doenças vêm das emoções? E é legal quando, porque muitas vezes a pessoa, a gente não é criado, não é educado pra entender que uma dor, uma febre, que tem uma emoção por trás, a gente não é educado assim.”

Seis entrevistados trazem uma visão clínica tradicional do trabalho do psicólogo também em contexto hospitalar; expressando uma valorização do psicólogo na relação paciente-profissional. Tais relatos demonstram o quanto a imagem do psicólogo se mantém arraigada a uma forma de atendimento historicamente mais conhecida desde a difusão da psicanálise; ou seja, focada no indivíduo e nas classes mais abastadas (COIMBRA,1992).

Nove entrevistados consideram que o psicólogo pode atuar de modo preventivo na saúde, sendo que 7 deles consideram essa possibilidade no hospital e 2 deles, (Margarida e Azaléia), apenas apreendem o sentido preventivo da intervenção fora desse ambiente no âmbito da atenção básica de saúde, quando mencionam técnicas desse profissional nas unidades básicas de saúde. Embora consista em uma fala de apenas dois dos 17 entrevistados, ela revela que ainda aparece

na linguagem hospitalar uma dificuldade de se perceber que é possível trabalhar a prevenção dentro do hospital, não só pelo manejo psicológico como pela atuação dos outros profissionais.

Para um entrevistado (Lírio), o psicólogo atua na área da prevenção de saúde a partir da reflexão crítica do indivíduo e do reconhecimento de si. Porém, ao mesmo tempo o profissional traz o trabalho do psicólogo fora do ambiente hospitalar, focalizando na atenção básica e, quando exemplifica como o psicólogo pode trabalhar junto ao paciente e família dentro do hospital, ainda traz aspectos anteriores ao adoecimento e não em torno do processo da hospitalização em si. Nesse sentido observa-se uma dificuldade de se valorizar a reflexão crítica como uma intervenção pertinente dentro do hospital.

Outros 6 entrevistados enxergam que a psicologia abrange intervenções além do âmbito clínico direto com pacientes e acompanhantes, citando outros modos de atuação como com grupos e profissionais dentro do hospital. Um deles, por exemplo, reconhece a existência do atendimento psicológico ofertado para os profissionais, inclusive em formato de grupos.

Parece significativo o modo como os profissionais associam o trabalho do psicólogo predominantemente ao atendimento direto do paciente, principalmente em situações em que este apresenta difícil manejo relacional ou grande fragilização psicológica, porém identificam pouco o trabalho de mediação da relação entre o paciente e a equipe. Tal tarefa, também abundante na atuação dos psicólogos na instituição estudada, apareceu pouco na fala dos entrevistados sendo apontada por cinco deles (Camélia, Dália, Orquídea, Hortênsia, Sálvia). Um dos entrevistados, quando questionado pela entrevistadora sobre o que o psicólogo poderia fazer *além do atendimento ao paciente*, concluiu:

“Acho que o psicólogo pode ajudar muito a gente na parte de (...) a forma como abordar é... de trabalhar formas diferentes de falar de passar pras famílias, porque nem sempre a nossa forma de falar é a forma que eles vão entender, então seria importante trabalhar isso.” (Entrevistada Dália)

Nota-se que 11 entrevistados não têm conhecimento teórico e prático sobre a atuação do psicólogo hospitalar durante a graduação, apenas adquirindo algum conhecimento longo da atuação ou prática profissional. Nesse sentido a visão da ciência psicológica fica restrita ao senso comum e sujeita a interpretações baseadas na concepção clínica e tradicional de atendimento. Dessa maneira, exemplificando a restrição de uma percepção sobre o psicólogo, e do seu não lugar no ambiente hospitalar, vejamos o discurso da entrevistada Violeta:

“(...) eu acho que ele não tem um espaço pra ele tá desenvolvendo o que ele aprendeu na faculdade pra estar fazendo no hospital, (...) no consultório ele vai fazer a terapia com o pacie... com o seu paciente, então ele tem toda uma técnica e no hospital ele não pode tá,

ele não pode tá desenvolvendo as técnicas da psicologia pra tá tratando o paciente, devido a um monte de fatores. O tempo, o tempo do paciente hospitalizado, a demanda, então fica bem, acho que delimi é, delimitado o trabalho dele.”

Contudo, é importante observar que talvez o não lugar da psicologia seja justificado justamente pela própria dificuldade da profissão de se sedimentar nesses espaços desde o percurso da graduação. Observamos essa denúncia na fala de um entrevistado:

“Porque sabe o que que eu vejo muito, nós temos um curso de psicologia e aí a gente começou a ter mais contato com a psicologia na residência. Cadê esses, esses estagiários da psicologia? Onde eles ficam? Porque não vir pra cá? Porque não contribuir com as equipes, sabe? (...) é, e a gente tem um curso, eu acredito em um curso bem reconhecido na instituição que não disponibiliza pessoal, pessoas, estagiários que seja, pra vir nos auxiliar (...) Cadê eles? Onde que eles faz estágio? (risos) Eles não atende paciente internado? (risos).” (Entrevistada Rosa)

Nesse sentido é importante mencionar que um dos problemas das bases do desenvolvimento da psicologia da saúde, durante a graduação, está na predominância dos enfoques que valorizam o indivíduo como apartado do âmbito social, impossibilitando que os estudantes possam discutir a relação entre os fenômenos psicológicos e os aspectos econômicos e sociais (SPINK, 2004).

Se o contexto geral da atuação do psicólogo já possui diversos desencontros em sua compreensão, as dificuldades aumentam quando se trata de compreender a práxis psicológica junto ao público infantil. Em relação ao trabalho do psicólogo com crianças, sete entrevistados relataram dificuldade em compreender a dimensão do trabalho do psicólogo com esse público, não conseguindo vislumbrar a aplicação de técnicas, recursos ou instrumentos e ainda a atuação com crianças pequenas. Outros 7 entrevistados compreendem o uso de técnicas lúdicas e o objetivo da atuação. Os demais não mencionaram esse tipo de intervenção durante a entrevista.

A profissional Hortênsia relatou dificuldade de compreender o trabalho do psicólogo com a criança pequena ou com o bebê, já que para ela seria necessária a fala como forma de atendimento. Pode-se levantar a hipótese, nesse aspecto, de talvez que o entendimento da ausência de necessidade de atendimento psicológico ao bebê ou criança pequena esteja articulado à pouca demanda gerada por esse público para a equipe técnica, em termos de comportamento, e que então não se observa demanda para atendimento psicológico.

Desse modo, observa-se que os profissionais não têm conhecimento sobre a prática do psicólogo e ainda menos em se tratando da intervenção com crianças, conseguindo deduzir de algum modo como ele atua, quando entra efetivamente em contato com o psicólogo na prática profissional. Ademais, a partir da observação da associação do trabalho do psicólogo ao atendimento do paciente, observam-se diversos fatores. O primeiro deles seria o fato de que a

herança da clínica psicológica tradicional ainda possui grande força no imaginário dos profissionais de saúde, mesmo num contexto em que outras vias de atuação se apresentam na práxis cotidiana. Isso desvela uma expectativa e uma força instituinte sobre o lugar da psicologia no hospital, grandemente ligado ao ajustamento de um público atendido que eventualmente possua dificuldades de aderir ao tratamento proposto, relacionando-se à herança institucional do próprio ambiente hospitalar em que há uma relação estabelecida entre médico e paciente como sujeito e objeto do saber e do trabalho desenvolvido.

Na mesma linha, revela uma dificuldade de reconhecer a instituição e suas relações como objeto possível da atenção psicológica. Isso abre o questionamento sobre o modo como a equipe de psicologia fala sobre o próprio trabalho e também sobre o modo as comunicações se estabelecem no ambiente institucional, podendo se articular com alguns relatos sobre as dificuldades de comunicação e autonomia de trabalho relatadas sobre a instituição.

Segundo, TONETTO e WILLIAM (2007), para se adentrar no hospital e efetivamente atuar, é necessário que haja uma defesa das ideias e uma interação com os outros profissionais, de modo a que a equipe consiga visualizar os benefícios da intervenção do psicólogo.

Faz se necessário, nesse sentido, evitar uma mera prática de ajustamento do sujeito em relação a um modelo prévio de indivíduo, o que implica optar por uma prática hospitalar que enxergue a saúde a partir da inclusão dos direitos de cidadania, como trabalho, moradia, segurança, entre outros; abarcando assim, a concepção desenvolvida pelo SUS ao desnaturalizar a conceptualização da medicalização em saúde (FOSSI; GUARESCHI, 2004). Além disso, há necessidade de que a ciência psicológica e modos de atuação sejam claros para os próprios estudantes de psicologia durante a graduação, por meio de disciplinas e estágios na área hospitalar precisa ser também reconhecida e legitimada.

### **3.3 O ingresso na área da saúde**

Os elementos que mais marcaram o direcionamento para o campo da saúde entre os entrevistados, a partir das perguntas realizadas ao longo das entrevistas, foram as referências familiares, escola e grupos de amigos, oportunidades econômicas e da região, vivência pessoal, formação técnica e atuação profissional.

O campo da tradição familiar se apresentou na experiência de dois entrevistados médicos, que possuíam outros médicos e profissionais de saúde na família, influenciando a escolha pela profissionalização nessa área. Um aspecto significativo desta influência familiar foi a idealização da medicina na família: uma das entrevistadas relata o quanto o pai “achava bonito” e “admirava” a profissão de médico, outra entrevistada relata a estima e reconhecimento de parentes médicos na família. É significativo observar que essa idealização possui um elemento de distanciamento da realidade das instituições de saúde: uma das entrevistadas declarou ter realizado a escolha ao “achar bonito” o exercício da medicina, porém tendo entrado em um hospital apenas uma vez.

O status social da profissão de médico, presente indiretamente nas idealizações familiares relatadas em entrevistas com profissionais de medicina, pode ser considerado em alguns contextos extensivo a outras profissões de saúde, como no relato de uma entrevistada técnica de enfermagem que também refere ter se interessado pela área da saúde, pois "achava muito bonito" ao ver as pessoas que trabalhavam nesse contexto. Em contrapartida, houve o relato de uma técnica de enfermagem ligado à valorização do contato direto e constante com o paciente. Tal técnica relatou ter pensado em trabalhar na área da saúde motivada pelo tipo de cuidado que é exercido com o paciente em sua profissão.

No que se refere à influência da escola, uma entrevistada relatou um incentivo escolar maior ao estudo entre alunos que queriam fazer medicina na instituição em que estudava, havendo mesmo uma estrutura específica na escola para esse grupo de alunos, que se influenciavam mutuamente estimulando o ingresso na profissão. Não houve relato de incentivo específico da escola direcionado a outras profissões de saúde nem a outras profissões em geral.

No tocante às oportunidades, um profissional de medicina relata ter tido que escolher a profissão no contexto de uma escassez de cursos na região em que vivia, deslocando-se de cidade para cursar uma profissão de saúde. Foi ainda recorrente a descrição de situações em que o curso técnico de enfermagem ocorreu como modo de ampliação de oportunidades profissionais. A entrevistada Jasmim relatou ter ingressado na saúde por meio de um curso técnico, quando procurava melhorar o acesso a oportunidades de trabalho, tendo chegado para morar em uma cidade nova com esse fim e apenas posteriormente iniciado uma graduação em profissão de saúde.

A entrevistada Hortênsia, também ingressante na saúde via curso técnico, refere ter começado a trabalhar na área por necessidade de emprego e ao longo do tempo ter passado a se identificar

com ela. Uma terceira entrevistada, Íris, também ingressante no campo da saúde via curso técnico tendo posteriormente feito graduação, interessou-se pela área apesar de não saber como seria a atuação da profissão escolhida e permaneceu nela pela oportunidade de conciliação do estudo com outras atividades, tendo adquirido afinidade com a mesma ao longo do curso.

Outro aspecto significativo foi a ocorrência do ingresso na profissão de enfermagem como segunda opção em relação a outros cursos de saúde, menos acessíveis seja pela concorrência de vagas, por questões econômicas ou outras limitações de acesso. Duas entrevistadas, ambas profissionais de enfermagem, relataram ter tido dificuldades no vestibular da sua primeira opção de curso, também na área da saúde, entrando para a segunda opção e interessando-se por essa segunda profissão após o ingresso na graduação. Duas entrevistadas, também profissionais de enfermagem, relataram que, embora tivessem interesse inicial em outra área, gostaram muito do campo da saúde, despertando o interesse pessoal pela profissão.

De modo similar, em estudo realizado por CARVALHO et. al (2015), cujo objetivo era compreender os fatores motivacionais para a escolha pela graduação em enfermagem, obteve-se como resultado que dentre os fatores motivacionais, o mais escolhido foi o crescimento pessoal e dentre os fatores higiênicos, aqueles relacionados a remuneração ou salário ou ainda benefícios foram os de maior percentual de acordo com os entrevistados.

Desse modo, houve casos em que as condições socioeconômicas permitiram o acesso a um curso de saúde em regiões nas quais ele era escasso e, contrariamente, casos em que as necessidades socioeconômicas levaram o entrevistado a cursar uma profissão de saúde como estratégia de melhoria de vida. Nesse contexto, é significativo observar que, entre os entrevistados que abordaram condições socioeconômicas e regionais, a medicina apareceu como profissão acessível apenas àqueles que já possuíam boas condições socioeconômicas, enquanto cursos técnicos na área da saúde figuraram como oportunidade de melhoria profissional àqueles que possuíam condições socioeconômicas mais precárias.

Na articulação entre acesso e oportunidades, um elemento significativo a ser observado foi a idealização da profissão de medicina nos discursos que envolveram o contexto de escolha dos entrevistados, enquanto a profissão de enfermagem não figurou como escolha principal em nenhum dos casos, embora fosse valorizada posteriormente por todos os enfermeiros entrevistados.

É significativo que a medicina figure idealizada na narrativa da escolha profissional enquanto a enfermagem figure como segunda opção de carreira, trazendo um indício que merece ser explorado. Também é significativo que a profissão de medicina tenha sido a única a contar, no ensino médio, com uma estrutura específica voltada aos que queriam prestar tal curso. Esses fatos podem ser articulados às representações sociais comuns sobre as profissões de saúde, que tendem a atribuir grande prestígio ao médico, alçando-o a principal personagem do cuidado em saúde e, simultaneamente, tendem a certo desconhecimento e mesmo desvalorização do importante papel da enfermagem na rotina das instituições de saúde.

As diferenças de representação e reconhecimento social podem ter impactos significativos na organização institucional e nas relações cotidianas no cuidado em saúde. Embora o perfil dos egressos em ambas as profissões tenha mudado ligeiramente, as representações ligadas às desigualdades de gênero sedimentadas no passado e às desigualdades socioeconômicas (ainda presentes) se perpetuam na narrativa social.

Outro aspecto que pode ser articulado à priorização do curso de medicina em alguns discursos, em detrimento de outras profissões de saúde e a secundarização da enfermagem se refere a um recorte de classe social. Historicamente, a medicina figura como uma das primeiras profissões a possuir curso universitário no Brasil, ainda no início do século XX.

A formação de médicos acessível a uma elite enquanto outras profissões não possuíam regulamentação e a grande maioria da população era analfabeta, aliada a articulação de médicos em campos da política e das políticas públicas, constituiu um processo histórico de grande influência da medicina enquanto profissão. Em contrapartida, diversas atividades hoje ligadas a outros profissionais de saúde e que implicavam o cuidado cotidiano do paciente eram exercidas por pessoas das camadas populares, como parteiras, cuidadores, babás, etc. Assim, enquanto a medicina possuiu tempo e recursos estruturais para sua institucionalização, outras práticas de saúde sofreram representações sociais mais desvalorizadas, tendo algumas conseguido reconhecimento e regulamentação em período historicamente recente.

Em relação às vivências pessoais, a entrevistada Camélia considera que a sua experiência pessoal e familiar influenciaram a escolha pela área da saúde por ter uma doença e pela família ter opinado a sua escolha pelo curso.

Em relação ao conhecimento da profissão no período de ingresso na carreira é significativo o número de profissionais que afirmou haver tido contato efetivo com o fazer profissional apenas

durante o curso. Três entrevistados referiram ter iniciado efetivamente na área da saúde a partir da parte prática ou estágios do curso de graduação, sendo que um deles encontrou oportunidade de emprego em cidade diferente de onde residia e outro considera sua entrada especificamente quando no contato com a parte prática do curso em detrimento da parte teórica. Apenas a entrevistada Azaléia ingressou na área da saúde por já ter afinidade com a área, tendo escolhido o seu curso sem hesitação, todavia não explicou mais detalhadamente como esse contato e afinidade foram construídos.

No que se refere à formação técnica, dos 17 entrevistados, 10 deles citaram o curso técnico ou universitário ou ainda privado que realizaram para exercer suas atividades, citando as experiências nesses cursos como significativas para a escolha de especialidades profissionais, para a compreensão de condutas e procedimentos e compreensão da atuação profissional. Contudo há profissionais que citam a dificuldade do curso capacita-los para uma atuação mais humanizada, voltada para o acolhimento do paciente e familiar e ainda para a lida com aspectos emocionais suscitados na prática.

A profissional Jasmim relata que o curso de formação lhe ensinou a ter um olhar de escuta e diálogo com o paciente:

“Muito, muito, temos que ouvir, aprender a ouvir mais e falar menos e essa questão de dialogar, de conversar, muitas vezes a gente descobre algo que as pessoas estão passando que eles não conseguem contar, conversar assim com a equipe médica assim muitas vezes. (...), então muitas coisas assim a gente vai apontando, então isso faz parte do curso, que a gente tem aulas assim de sociologia, a gente tem aula de... de psicologia, acho que não, mas aula de sociologia e tudo, mas eu sei que a gente tem toda uma preparação que a gente tem que ouvir o paciente, o acompanhante e tem todo um histórico e é bom contar, isso é bom, faz parte.”

Outra entrevistada, Amarílis, expressou que sua formação lhe capacitou para trabalhar fora do ambiente hospitalar, como na atenção básica por exemplo:

“Mesmo porque é... quando eu falo que eu me sinto mais útil dentro do hospital, mas a enfermagem em si ela tem um olhar muito holístico nesse sentido, um olhar muito de contexto. A enfermagem também é muito voltada para o ambiente pré-hospitalar, ou fora do ambiente hospitalar. Isso é uma visão minha pessoal, não da minha formação. A minha formação me deu habilidades para trabalhar fora.”

Contudo, Camélia, relata que a sua formação não a capacitou suficientemente para atuar de forma humanizada com o paciente, ressaltando ter aprendido essa questão ao longo de sua prática profissional. Hortênsia, explicita que a sua formação a capacitou para uma prática profissional segura, diferentemente da formação que tem sido oferecida nos últimos tempos, que na sua opinião apresentam um ensino defasado.

Dada essa centralidade, aparece o problema da falta de abordagens que apresentem e discutam a interdisciplinaridade nas profissões de saúde durante a formação, o que pode se refletir nas dificuldades do trabalho em equipe nas instituições.

No que se refere à atuação profissional, 9 entrevistados citaram o modo como diferentes campos de atuação profissional levaram a diferentes compreensões de sua práxis e somente um, quando questionado, não observou essa diferença.

A entrevistada Dália percebeu modos de atuação que trouxeram aprendizado para sua experiência profissional tanto em nível individual quanto coletivo e interprofissional. Para o Girassol, os diferentes campos de atuação refletem os limites da sua atuação tanto a nível do profissional com o paciente, quanto a nível do serviço e sua estrutura com os integrantes do serviço como um todo.

Para outras duas entrevistadas Jasmim e Amarílis, os diferentes campos de atuação exigiram outros manejos e posturas necessárias a atuação profissional frente ao paciente. A Azaléia também compreende dessa maneira ao citar a atuação nos níveis de atenção básica e terciária ou hospitalar, em que há distintas demandas de cuidado de acordo com as respectivas complexidades.

Da mesma forma, a Clívia relata formas de abordagens diferentes no âmbito ambulatorial e de internação, sendo a ambulatorial mais diversa. A Íris também citou a diferença existente entre os serviços hospitalares privados e públicos como, por exemplo, a infraestrutura e de que forma isso interferia na organização do seu trabalho nesses dois locais.

O Lótus, apesar de não ter experiência em diferentes campos de atuação, considera que obteve um grande aprendizado na forma de lidar com crianças em termos emocionais ao longo de sua prática hospitalar. De maneira análoga, a Rosa acredita ter se desenvolvido profissionalmente e mudado sua prática profissional, com um olhar mais humanizado para o paciente e familiar.

Dois outros entrevistados (Girassol e Dália) notaram a diferença entre os diferentes campos de atuação. O Girassol relatou formas de manejar e atender o paciente no consultório e no hospital e a Dália enfatizou a relevância estrutural das instituições em que atuou, exigindo diferentes condutas. Por sua vez para a Tulipa, não houve diferença de compreensão da atuação profissional nos campos em que trabalhou.

Assim, observou-se que os profissionais entrevistados abordaram diferentes campos de influência para o ingresso na área da saúde, sendo esses: tradição familiar, acesso e

oportunidades, condições socioeconômicas, vivências pessoais, experiências na formação técnica e experiência profissional.

### **3.4 Concepções de saúde e doença**

No que se refere à concepção de saúde, foram encontrados elementos tecnológico-curativos, preventivos e ambientais, biológicos, multidimensionais e de políticas de saúde.

A concepção preventiva foi ressaltada, em algum momento da entrevista, por 6 dos 17 entrevistados na pesquisa. As observações em direção a uma concepção preventiva não foram formuladas em termos de definições conceituais, mas em termos de descrições das condições de saúde e doença dos sujeitos. O entrevistado Lírio, por exemplo, descreveu a saúde como um investimento iniciado desde a gravidez, no qual vários hábitos e fatores influenciam, e criticou grupos da atenção de prevenção a determinadas doenças (hipertensão, diabetes), ressaltando a necessidade de uma prevenção em “grupos de saúde”, que discutisse de modo mais amplo fatores como alimentação, sono, exercícios físicos para cada idade, etc.

A profissional Margarida compreende a saúde pelo uso dos termos sofrimento e bem estar em conotação generalista, enquanto descrição das condições de vida como um todo dos indivíduos. Nesse sentido, o sofrimento não é especificamente físico, social, psíquico, etc, mas pode englobar todas essas instâncias. Por outro lado, a saúde continua sendo compreendida de modo binomial.

A necessidade de uma postura que considere os múltiplos condicionantes ambientais da saúde, embora considerada relevante por 12 entrevistados, se apresentou mesclada a concepções ligadas ao modelo da doença em 10 entrevistas. Desse modo, por exemplo, os entrevistados citavam diversos fatores de influência na saúde, como trabalho e bem-estar, a ênfase era colocada sobre elementos como relação direta com a doença biológica ou a ênfase no uso de medicação em tratamentos. Observa-se nesse aspecto a influência da organização formativa e institucional focada no tratamento de doenças e não da prevenção em saúde como operante na reprodução de práticas ligadas ao conceito de doença, ainda que a disseminação de um discurso mais amplo sobre a saúde se faça sentir nas explicações iniciais dos entrevistados.

Em termos conceituais, 10 entrevistados citaram a definição da Organização Mundial de Saúde. Um aspecto correlato ao conceito de saúde da OMS foi que a maioria das caracterizações sobre saúde buscou abranger não apenas a doença, mas também elementos de promoção do bem-

estar em múltiplas dimensões da saúde. Todavia, se apresentaram mais aspectos do que os envolvidos no conceito da OMS, sendo citadas condições psicológicas, físicas, sociais, espirituais, sociopolíticas. Margarida, por exemplo, citou diretamente o conceito da Organização Mundial de Saúde, incluindo, ao longo de seu relato, além de aspectos que incidem sobre o indivíduo, aspectos que incidem sobre a organização do atendimento, o acesso a informações, e outros dispositivos ligados à política de saúde.

Em contrapartida, 3 entrevistados teceram críticas ao conceito da OMS. O Lírio, por exemplo, se contrapõe ao conceito de saúde preconizado pela OMS afirmando a impossibilidade de alcançar e manter um bem-estar nas diferentes esferas de cuidado em nossa sociedade atual, uma vez que a mídia e a valorização da produtividade geram a lógica da doença. Todavia, foi possível entre essas entrevistadas perceber alguns discursos ligados ao conceito da OMS ao longo das entrevistas, demonstrando que a reprodução dessa concepção possui influência mesmo quando o pensamento crítico é formulado e caracterizando elementos de ambiguidade em relação ao conceito de saúde no próprio campo da saúde.

Significativamente, apenas uma entrevistada atribuiu diretamente a mera ausência de doença como elemento de saúde. A Hortênsia, associa a saúde a produtividade e ausência de doença trazendo também a ideia de bem-estar ligada ao conceito da OMS sobre a saúde. Isso também se evidencia quando se refere ao hospital como instituição de cuidado da doença, e não como promotora de saúde, e que seria permeada pela infelicidade de pacientes e acompanhantes.

Ao mesmo tempo, a mesma entrevistada comenta sobre a importância de buscar ajuda profissional quando aparece um sintoma físico ou emocional evitando sua cronificação. Assim ainda que tal fala possa sugerir uma visão preventiva de saúde, na verdade observa-se uma visão curativista, uma vez que a profissional se atenta para o cuidado quando o sintoma já está instalado e não quando é vislumbrado ou quando o cuidado com a saúde acontece na ausência da própria doença.

É importante mencionar que o conceito de saúde citado pela OMS em 1948, como sendo o "(...) estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença." não nos parece cabível ou mesmo possível como algo a ser alcançado, uma vez que é contraditório configurar uma estabilidade da saúde ao mesmo tempo em que se admite existência de elementos subjetivos e históricos do processo de saúde. Assim, é importante desmistificar a

saúde como oposição à doença, mas como construção contínua do ser e do ser-no-mundo com os outros.” (BRASIL, 1997c).

Além disso, um dos entrevistados, por exemplo, vem de um percurso profissional de trabalho preventivo na saúde, lidando com o tema da alimentação numa instituição tendo como objetivo evitar doenças. Tal concepção preventiva é ressaltada posteriormente, quando a entrevistada associa saúde ao acesso a condições materiais de vida e a direitos como saúde e trabalho, além de abranger tanto aspectos físicos quanto elementos psicológicos e ambientais.

Quando aborda o trabalho com saúde, porém, chama esse trabalho de “indireto”, como se a lida direta com a saúde fosse de fato a lida com a doença, que é o que se faz no hospital. Do mesmo modo, o Girassol define a saúde como bem estar físico, mental e espiritual, excluindo condições sociais e materiais de vida e restringe ainda mais o conceito de saúde ao ser perguntada sobre o que é doença, que caracteriza como perturbação apenas física ou psíquica. Além disso, o entrevistado compreende a saúde no contexto de uma separação mente-corpo, configurando-a também de modo binomial; assim observa-se a analogia com a concepção preconizada pela OMS.

Entre outros aspectos da visão sobre a saúde, a Margarida utiliza os termos sofrimento e bem estar em conotação generalista, enquanto descrição das condições de vida como um todo dos indivíduos. Nesse sentido, o sofrimento não é especificamente físico, social, psíquico, etc, mas pode englobar todas essas instâncias. Por outro lado, em outro momento coloca o sofrimento como eixo da compreensão do binômio saúde-doença, associando o sofrimento diretamente à doença física, e nesse momento a compreensão da saúde se apresenta de modo binomial e preponderantemente biológico.

Lírio conceitua a doença associando-a à alteração psíquica sem desvinculá-la com o corpo, pelo contrário, reflete a união mente-corpo. Nesse sentido, o profissional enxerga as instituições de saúde como promotoras de doença, amplificando sua relação com as políticas públicas de saúde.

Em geral, percebe-se na fala dos entrevistados, o quanto ainda há uma visão hegemônica nos serviços de saúde em que as práticas de saúde se organizam em torno do tratamento da doença. É necessário que diversos profissionais busquem realizar uma análise crítica dessa visão e compreendam a necessidade de considerar o indivíduo como histórico-cultural e social, e a

importância das ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde; para que os entraves e falhas nos serviços de saúde também sejam superados.

Todavia, muitas vezes mesmo em falas mais problematizadoras se observa a dificuldade de sustentar um conceito abrangente sobre saúde e mais ainda de operacionalizá-lo nas práticas cotidianas. FERTONANI et. al, (2015) definem as diretrizes do Sistema Único de Saúde como referentes a um modelo assistencial, focando na promoção integral da saúde, em contraposição ao modelo biomédico, focando na intervenção sobre a doença.

O modelo biomédico abrange diversos aspectos. Dentre eles, a normatização é concebida pela exigência de que um indivíduo contemple determinadas características associadas à saúde. Logo, nesse modelo seria função da ciência psicológica ajustar o indivíduo ao tratamento e ao modelo de saúde previamente proposto pelo saber do especialista. No modelo assistencial por outro lado, as práticas e concepções de saúde necessitam ser dialogadas entre os participantes construindo caminhos na direção do cuidado de si. Nesse âmbito, a psicologia possuiria o papel de mediação do diálogo entre as muitas instâncias envolvidas, bem como de construção de um campo clínico em que os diversos aspectos da experiência de vidas fossem considerados na sua relação com o cuidado de si.

Analisando ambos os modelos, observam-se diversas vantagens do modelo assistencial em termos de política de Estado, já que a prevenção é mais barata, a longo prazo, do que a assistência meramente curativa, permite melhor qualidade de vida da população e oferece maior resolutividade. Todavia, a superação de um paradigma biologizante e binomial em saúde depende de uma organização das práticas cotidianas nos dispositivos de saúde que abranja um diálogo constante entre perspectivas profissionais e hierárquicas distintas. No contexto da instituição estudada, diversos aspectos são analisados pelos próprios entrevistados que demonstram dificuldades na construção desse diálogo, como será analisado a seguir.

### **3.5 Dimensão multiprofissional de trabalho**

Na análise do trabalho multiprofissional, os entrevistados elencaram temas como o conceito e a efetivação do trabalho multiprofissional na instituição, a contraposição entre visão preventiva/curativista atrelada a uma discussão sobre soberania médica e multiprofissionalidade, falhas estruturais na instituição e sua interferência no trabalho multiprofissional, as

representações sociais acerca das diferentes profissões de saúde e seu impacto na multiprofissionalidade, a relação entre multiprofissionalidade e formação profissional.

Dos 17 entrevistados, 10 citaram a importância do trabalho multiprofissional ao longo das entrevistas, demonstrando uma importância relativamente bem reconhecida do tema entre os profissionais de saúde da instituição. Todavia, para 8 entrevistados o elemento multiprofissional atua de acordo com a iniciativa pessoal de contato de cada profissional, não necessariamente construindo uma rotina estruturada. Para um destes entrevistados (Dália), por exemplo, o trabalho pontual de troca multiprofissional individual tem impacto suficiente para conferir uma característica multiprofissional ao hospital. Em contrapartida, quatro profissionais criticaram a individualidade ou segregação no trabalho multiprofissional, na medida em que não se possibilita que as decisões sejam tomadas de maneira conjunta, discutindo a necessidade de espaços institucionalizados de discussão multiprofissional.

Tal hegemonia de uma visão do trabalho multiprofissional a cargo apenas da iniciativa individual e em situações pontuais demonstra a ausência de uma perspectiva de articulação entre multiprofissionalidade, formação acadêmica e organização/política institucional. Nesse sentido, desconsidera que vários campos de interação multiprofissional dependem, no âmbito acadêmico, da discussão sobre a perspectiva de cuidado de cada profissão e sobre o objeto de estudo das disciplinas científicas relacionadas a cada profissão e, no âmbito institucional, da organização efetiva e legitimada de espaços de discussão, interação e planejamento conjunto dessas perspectivas em longo prazo.

Dessa maneira, a formação do profissional de saúde não segue em direção a um aprendizado voltado para o SUS e seus princípios, bem como ao trabalho multiprofissional, o que faz com que esse profissionais se sintam despreparados para atuar nessa área nos diferentes níveis de atenção em saúde - primário, secundário e terciário (SALVADOR et. al, 2011).

Em sete entrevistas, a desvalorização de uma política institucional de atuação multidisciplinar mais integrada, como a institucionalização de espaços de reunião de equipe, debate e estudo coletivo é percebida como ligada a uma desvalorização de saberes de saúde de profissionais não médicos, incluindo o psicólogo. Na fala de uma entrevistada, a Orquídea, observamos essa questão:

“Não, nesse sentido mesmo de eu ver que o paciente tá mais tristonho, que tá precisando chamar, ligar pra vocês [psicólogos], chamar, pedir uma avaliação. Eu acho que falta aqui é a questão multidisciplinar, é o sentar e discutir sobre. Aqui não tem isso, não tem (...) Não tô falando que seja todo o dia, mas esses pacientes que tá aqui a trocentos

anos, poderia ter uma reunião, um... um representante de cada equipe: vamos discutir? O quê que tá acontecendo, o quê que a gente pode melhorar? Isso aqui não tem, então eu acho assim que de certa forma desvaloriza não só vocês, mas desvaloriza a enfermagem, desvaloriza a fisio, desvaloriza a nutri. Porque realmente eles reuni eles, eles [médico] decide o tratamento e eles fazem o tratamento, pronto.”

Dessa forma, estes sete entrevistados enxergam a existência de uma soberania do médico na relação interprofissional que dificulta o exercício de uma proposta multiprofissional efetiva. Para TONETTO e WILLIAM (2007) as diferenças hierárquicas são elementos que fazem com que a prática multidisciplinar não se desenvolva. Nas falas de destes profissionais, sendo apenas um deles médico, a organização institucional acaba por operar uma hierarquia que coloca a medicina como centralizadora das decisões em saúde.

Na constatação dos problemas ligados à multiprofissionalidade, podemos analisar a articulação de diversos fatores. No campo formativo, temos como fator a preponderância de uma instrução curativista entre os profissionais; no campo institucional, temos as dificuldades de comunicação e articulação de espaços de discussão; no campo sociopolítico, temos a herança ainda predominante das concepções biologizantes de saúde. Nessa articulação, operam-se os obstáculos para uma efetiva multiprofissionalidade, demonstrando ainda mais claramente a correlação entre trabalho em equipe e uma concepção preventiva e abrangente de saúde.

Nesse sentido, quatro entrevistados, sendo dois deles também críticos à soberania médica, associam o trabalho multiprofissional à mudança de uma atuação curativista para uma preventiva ao longo dos anos nos hospital, na medida em que outros profissionais foram ocupando esse espaço. Na fala de um deles (Dália):

“(...) eu acho que antes tudo era muito centralizado no médico, ele era o detentor de todo o conhecimento pro, pra saúde de um indivíduo, os outros profissionais, eles eram meros coadjuvantes no tratamento, não eram essenciais né? (...) porque o médico tava ali e ele passava as medicações e tudo mais, mas com o passar do tempo foi percebendo-se que quanto mais pessoas, mais ideias, mais visões diferentes, melhor o tratamento.”

Cinco profissionais mencionaram a existência de falhas estruturais no trabalho multiprofissional, como falta de profissionais em suas unidades, levando a uma precariedade do serviço, além de dificuldade de comunicação entre as diferentes profissões. A defasagem de profissionais leva alguns trabalhadores a precisar realizar tarefas que não seriam de seu escopo de atuação, ocasionando não apenas uma situação de sobrecarga, mas por vezes uma situação de ausência de expertise necessária para o bom desenvolvimento de certas tarefas.

Nesse mesmo sentido, três profissionais (Jasmim, Camélia, Hortênsia) valorizaram o trabalho multiprofissional por gerar uma diminuição de sua sobrecarga de trabalho, uma vez que na

ausência de profissionais, eles necessitariam suprir as demandas cumpridas por outras competências profissionais.

O trabalho multiprofissional, nesse contexto, figura como compreendido enquanto divisão de tarefas entre diversos profissionais num contexto de sobrecarga de trabalho. Desloca-se assim de sua compreensão original de articulação entre múltiplos profissionais para um trabalho conjunto objetivando um olhar mais amplo sobre o sujeito e a saúde que, ademais, necessitaria de boa distribuição do trabalho para ocorrer com regularidade e efetividade. Ao observar as falas relativas a tais dificuldades institucionais, podemos analisar outro obstáculo institucional à multiprofissionalidade: no contexto de uma sobrecarga de trabalho em que os profissionais se tornam meros executores de tarefas, torna-se muito mais difícil uma atuação multiprofissional, que requer discussão e reflexão sobre diferentes perspectivas epistemológicas para se articular.

Três entrevistadas (Jasmim, Hortênsia, Rosa) afirmaram a necessidade da equipe multiprofissional, mas mostraram possuir uma visão equivocada do papel de algumas profissões. Por exemplo, foi mencionada como função do serviço de nutrição a solicitação de alimentação para o paciente e como função do serviço de psicologia auxiliar nos aspectos emocionais do paciente e acompanhante, os ajudaria a seguir determinadas condutas, como redução do fluxo de entrada e saída no hospital.

Logo, observamos a necessidade de que uma prática verdadeiramente conjunta entre diferentes saberes no contexto hospitalar, seria imprescindível para minimizar as falhas de comunicação e evitar uma predominância do saber médico nas decisões em saúde. Desse modo, seria possível verdadeiramente realizar (SALVADOR et. al, 2011) um atendimento integral ao paciente e sua família admitindo a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde.

No tocante à visão que o próprio profissional tem da sua profissão, para compreender o campo da residência multiprofissional em que o psicólogo entrará em contato com outros profissionais, quatro dos entrevistados criticam a forma como a sociedade enxerga seu papel, entre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (profissionais da área biomédica em geral).

Como exemplo, uma das entrevistadas traz a representação social da enfermagem ao abordar a visão do trabalho em enfermagem na década de 70, associando a desvalorização da profissão à desigualdade de gênero:

“As pessoas usavam a profissão, é, como se aquelas pessoas fossem da enfermagem, fosse usar é... como prostituição (...) elas transavam com o médico, transavam não sei com quem... sabe, então assim as enfermeiras ficavam com todo mundo. (...) Mas pra enfermagem na época era bem assim, porque a classe maior era feminina. Essa questão

também via por outro lado essa fragilidade da mulher. Então a gente era muito frágil perante, aí como tinham mais médicos né, mais homens. Então as pessoas se sentiam mais fragilizadas. Talvez tinham medo, medo de falar não, medo de sair daquela situação. Então eu não sei, eu acho que isso foi bem preconizado dentro da enfermagem, sabe? Desde a Ana Neri.”

A representação social relatada pela entrevistada pode ser encontrada em pesquisas que abordam a história das enfermagem, em que se destaca uma associação da enfermagem ao cuidado sob supervisão do masculino, reproduzindo no campo da saúde as relações domésticas tradicionais em que o cuidado era tarefa da mãe, mas supervisionado pela palavra final do pai. Para BANDEIRA E OLIVEIRA (1998), por exemplo, as representações sociais a respeito do feminino e masculino na profissão de enfermagem estão associadas a relações de poder entre os sexos e, por conseguinte à hierarquia, o que gera uma visão da enfermagem como prática feminina voltada para o cuidar e como dependente da atuação técnica da medicina, sendo essa última mais valorizada em seu saber.

Desse modo, é importante mencionar que a ausência de clareza quanto às atribuições das diferentes profissões no contexto hospitalar que observamos a partir das entrevistas realizadas, contribui para entraves no trabalho em equipe, uma vez que os mesmos devem estar preparados para tomar decisões em pouco tempo, sendo que essas decisões competiam aos médicos, tradicionalmente (TONETTO; WILLIAM, 2007).

A profissional da enfermagem nota que sua profissão não é valorizada por ter que exercer funções indesejadas pelos pacientes e acompanhantes.

“Não só essas, mas no momento certo, no momento adequado, nós precisamos falar não e no momento que fala não as pessoas muitas vezes não são preparadas pra ouvir o não. Eu preciso fazer isso lá fora, dependendo do momento, se não tiver ninguém pra poder assistir o paciente, simplesmente eu falo: não, no momento não temos condições de deixar que você vá agora. Mas as pessoas têm o imediatismo deles e é naquele momento, é naquele momento, é por isso que eu falo pra você que muitas vezes somos chato. E como na maioria das vezes somos chatos, não é o médico que impede ele de sair, não é o psicólogo que impede ele de sair, não é a moça do serviço social que impede de sair, não é ninguém. A única pessoa que às vezes impede de sair muita da maioria das vezes somos a equipe de enfermagem, você entende?”

Um último fator articulado às dificuldades no desenvolvimento de uma atuação multiprofissional se refere à ausência ou precariedade desse tema na formação profissional. Quatro entrevistados abordaram diferentes aspectos desse tema. Jasmim refere que o desenvolvimento de um trabalho em equipe não ocorreu durante a graduação, somente quando começou a atuar profissionalmente, o que revela um dos fatores para a incompreensão e desvalorização da interdisciplinaridade.

Outro entrevistado compreende que a discussão multiprofissional e sua articulação com a visão curativista nem mesmo deve ser tema da formação em graduação. Para ele, a mudança de atuação médica da visão curativista para a preventiva acontece pela prática e experiência já enquanto profissional e não pela formação profissional. Ele percebe ao longo de sua carreira profissional que a formação médica é eminentemente para o tratamento da doença, para situações de maior complexidade. Assim, o papel do médico se reduziria a ações estritamente técnicas e objetivas, afastadas da subjetividade humana.

Outro profissional médico aborda ausência de qualificação médica para atuação multiprofissional, o trabalho em saúde pública e a lógica preventiva. Compreendemos pela fala deste entrevistado da medicina que a ausência de qualificação médica é fruto da própria condição da medicina: uma demanda por médicos não suprida, aliada a uma retenção de campos de mercado eleva os salários e transforma a medicina num campo de busca por status social mesmo com baixa qualificação. Em suas palavras:

“Você vive num mundo em que os médicos não querem fazer aquelas especialidades que eles valorizam mais e acabam não fazendo especialidade nenhuma porque não querem aquelas. Aí acabam indo atender como uma espécie de bico, é... de trabalho temporário. Vão atender nas unidades básicas, nas unidades de pronto atendimento, não tão qualificados pra aquilo. Nem estão interessados em fazer um trabalho bom, né, e se qualificar pra aquilo lá, né, porque o serviço é visto como algo temporário. Não, é... E aí você vai ter uma medicina de má qualidade, uma medicina pouco resolutiva nessa atenção básica e nas unidades de pronto atendimento.”

Na articulação entre as dificuldades de formação, as representações equivocadas do fazer profissional e a dificuldade institucional de construir espaços de discussão multiprofissional tendo como herança a hegemonia médica, podemos encontrar um mosaico de influências sobrepostas. A ausência da multiprofissionalidade na formação acadêmica pode reforçar representações sociais desencontradas sobre o fazer profissional e intensificar a organização profissional segregada na prática profissional. Por outro lado, a ausência de institucionalidade para a práxis multiprofissional no cotidiano do atendimento pode intensificar a reprodução histórica da hegemonia biológica nas concepções de saúde e dificultar o alcance de legitimidade dessa discussão na formação profissional. Ademais, a construção de uma compreensão preventiva e não apenas curativista na saúde demanda a compreensão de múltiplos eixos de construção da saúde, que dependem da articulação multiprofissional.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de pesquisa demonstrou que a construção do lugar ocupado pelo psicólogo na instituição estudada ocorre a partir de uma confluência de diversos aspectos da formação, da organização institucional, das relações interprofissionais e das heranças sociais em torno das profissões de saúde, das representações de saúde e do exercício do cuidado em saúde.

Sobre as influências sociais e institucionais sobre o lugar do psicólogo, compreendemos que o imaginário social ainda se mostra restrito ao colocá-lo como função apartada dos processos orgânicos e voltada para elementos abstratos. Tal representação do fazer psicológico, articulada a uma visão de saúde que ainda se vincula à doença física e frequentemente não abarca múltiplos condicionantes para a promoção e prevenção em saúde, pode acabar por representar o psicólogo de modo afastado do cuidado efetivo em instituições de saúde, abordando-o enquanto práxis restrita ao consultório ou a campos exclusivos da Psicologia.

No que se refere às influências da discussão multiprofissional do lugar do psicólogo, percebemos que a hegemonia do discurso médico e de práticas que procuram normatizar e categorizar o indivíduo são mais bem aceitas e arraigadas no meio hospitalar. Nesse sentido, o lugar do psicólogo passa ser associado a um papel de ajustamento da conduta do paciente para a adaptação a um tratamento previamente decidido pela equipe, o que dificulta o reconhecimento desse profissional quando o psicólogo busca quebrar esse movimento já solidificado. Porém ao mesmo tempo, essa solidificação também é analisada criticamente por outros profissionais que entendem haver uma desvalorização de diversas profissões de saúde não médicas no ambiente hospitalar e que acreditam que a partir da horizontalidade do conhecimento haverá também uma valorização das demais profissões de saúde. Nesse âmbito, a discussão sobre as relações interprofissionais figura como eixo fundamental para ressituar o lugar profissional dos diversos agentes do processo de saúde, vindo a contribuir também para a discussão sobre o lugar do psicólogo.

Em termos das influências institucionais, observamos que a ausência de espaços instituídos para o diálogo multiprofissional acaba por fortalecer a reprodução de um imaginário da práxis psicológica associada ao ajustamento da conduta e ao trabalho de consultório, bem como à desvalorização de saberes de saúde não centrados na conduta médica. Por outro lado, a ausência de uma comunicação, por parte do próprio psicólogo, de ações efetivadas na instituição hospitalar que contribuam para compreender sua prática contribui ainda mais para alguns desencontros

entre psicólogos e outros profissionais de saúde. Observa-se nesse aspecto o pouco espaço que esse profissional tem conquistado para poder firmar o seu lugar e ser reconhecido e valorizado em sua prática sem que seja feita uma analogia com a eficácia das profissões biomédicas.

Na medida em que os diferentes saberes forem se materializando no ambiente hospitalar, em situações que oportunizem uma discussão em equipe que caracterize uma verdadeira atuação multiprofissional, será possível demarcar lugar e clarificar os reais papéis da psicologia da saúde. Para que seja possível que a ciência psicológica abra espaço para um reconhecimento no âmbito hospitalar, faz-se necessário romper as estruturas que impedem a sua entrada, construindo um posicionamento claro, teórico e tecnicamente fundamentado, frente às incompreensões e desencontros, num processo reflexivo que possa respaldar e orientar a práxis.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013.
- AMARANTE P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial: 4.ed. Rio de Janeiro, 2007.
- BANDEIRA, Lourdes; OLIVEIRA, Eleonora M. de. Representações de gênero e moralidade na prática profissional da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 677-696, Dec. 1998. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000400012>
- BRAGA, T. B. M. Atenção Psicológica e Cenários Sociais. Curitiba: Juruá, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente, saúde (1ª a 4ª séries). Brasília: MEC/SEF. 1997c.
- CAMBAUVA, Lenita Gama; SILVA, Lucia Cecília da; FERREIRA, Walterlice. Reflexões sobre o estudo da História da Psicologia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 207-227, Dec. 1998. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200003>
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-194, Jan. 1999 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100019>
- CARVALHO, A ET.AL. Fatores Motivacionais relacionados à escolha pela graduação em enfermagem. **J. Health Sci. Int**; 33(1):56-62, jan-mar 2015.
- 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, pp. 73-165.
- COIMBRA, C. M. B. Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "milagre". Rio de Janeiro, 1995.
- CRITELLI, D. M. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica-existencial. São Paulo: EDUC, Brasiliense, 2012.
- CUNHA, GUSTAVO TENÓRIO. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004.182 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide;

Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 3, n. 1, p. 53-81, June 1998. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo; MATTAR, Cristine Monteiro. A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 30, n. 4, p. 441-447, Dec. 2014. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000400009>

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al . Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

FOSSI, Luciana Barcelos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. t, n. 1, p. 29-43, jun. 2004.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

GADAMER, Hans-Georg. O caráter oculto da saúde. Petrópolis. Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, Mônica. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 10, n. 3, p. 431-440, Dec. 2005. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300011>

MENDES, EUGÊNIO VILAÇA. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da Percepção. 2 ed. São Paulo, 1999.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 38, p. 45-49, jun. 2013

SALVADOR, A. DE S.; MEDEIROS, C. DA S.; CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N. DE. CONSTRUINDO A MULTIPROFISSIONALIDADE: UM OLHAR SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-338, 11. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.03.08>

SPINK, Mary Jane. Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos. 9.ed. Petrópolis, 2013.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, Mar. 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O psicólogo e o seu lugar no hospital: percepções em residência multiprofissional em saúde”, sob responsabilidade dos pesquisadores Natane Gonçalves Silva (Hospital de Clínicas de Uberlândia) e Tatiana Benevides Magalhães Braga (Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia). Nesta pesquisa, nós queremos compreender como os profissionais de saúde de diferentes áreas percebem o trabalho do psicólogo que atua no contexto do hospital.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Natane Gonçalves Silva no ano de 2019 no Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Na sua participação, você será submetido a uma entrevista **que terá aproximadamente 90 minutos de duração** e será realizada em local que garanta sua privacidade. A entrevista será gravada e o conteúdo da gravação será utilizado na pesquisa sem a sua identificação. **Você será chamado, posteriormente para integrar um grupo de discussão. Se não quiser participar, os dados utilizados na pesquisa serão apenas aqueles fornecidos na entrevista. Se você aceitar também realizar o grupo de discussão, participará de 4 a 6 encontros a serem realizados em data a combinar, respeitando a disponibilidade dos participantes. O local do grupo será uma sala de reuniões da própria instituição hospitalar ou em clínica escola do Instituto de Psicologia, previamente agendada para esse fim conforme sua disponibilidade e a dos outros participantes. As duas salas serão oferecidas ao grupo, que escolherá em conjunto a sala de sua preferência, visando preservar a espontaneidade dos encontros. Ambas as salas já foram verificadas e possuem condições que garantem a privacidade e o sigilo das discussões realizadas em seu interior. A duração do grupo de discussão dependerá da quantidade de participantes, podendo variar entre 60 a 90 minutos, com a oferta de lanche gratuito pelo pesquisador para os mesmos.**

Todo o material será desgravado após a transcrição das gravações. O grupo de discussão será formado pelos profissionais e pelo pesquisador, que será um facilitador da discussão acerca do tema do trabalho do psicólogo.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar da pesquisa, e devido à utilização do ambiente profissional, os participantes não terão despesas com transporte ou alimentação.

Os riscos consistem em risco de quebra de sigilo, prevenido pelo uso de nomes fictícios, guarda exclusiva do material com os pesquisadores e descarte do material após a finalização da pesquisa. Os benefícios serão a contribuição para que se possa compreender melhor as dificuldades e avanços envolvidos na prática de tal profissional tanto em um olhar uniprofissional quanto multiprofissional no âmbito da saúde e de que modo essas questões afetam o usuário do serviço de saúde e a população em geral.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica da pesquisadora

O grupo de intervenção a ser realizado com os entrevistados tem o intuito de colaborar para exemplificação de modos de intervenções ou ações que possam ser realizados a partir de demandas de profissionais de saúde, como fruto de prática e pesquisa.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Tatiana Benevides Magalhães Braga, (34) 992725502, Av. Pará, 1721, Bloco 2c, Sala 45, Umuarama, 37701355, Uberlândia, MG – Brasil. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa

## **ANEXO II**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. O que é saúde pra você?
2. Qual a relação que você faz entre a saúde e as instituições de saúde?
3. Como você entende o trabalho multiprofissional?
4. Como é sua rotina de trabalho?
5. Pra você, o que faz o psicólogo no hospital?
6. Como você pensa que as demais profissões enxergam o trabalho do psicólogo?
7. Quais experiências da sua rotina de trabalho envolvem o trabalho da psicologia?
8. Quais experiências não envolvem o trabalho da psicologia?

**ANEXO III****TERMO DE COMPROMISSO DA EQUIPE EXECUTORA**

Nós, abaixo assinados, nos comprometemos a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “O psicólogo e o seu lugar no hospital: percepções em residência multiprofissional em saúde” de acordo com a Resolução CNS 466/12.

Declaramos ainda que o Projeto de Pesquisa anexado por nós, pesquisadores, na Plataforma Brasil possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil. Portanto, para fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do Projeto que será gerada automaticamente pela Plataforma Brasil no formato “.pdf” terá o conteúdo idêntico à versão do Projeto anexada por nós, os pesquisadores.

Data: 23 / 03 / 2019

Nomes e Assinaturas:

Natane Gonçalves Silva

Natane Gonçalves Silva

Tatiana Benevides Magalhães Braga

Tatiana Benevides Magalhães Braga

Profa. Dra. Tatiana Benevides M. Braga  
Instituto de Psicologia - UFU  
CRP 87315/08 - IS 0427104

## ANEXO IV

### Termo de Retirada de CONSENTIMENTO e de DADOS DE PESQUISA

Venho por meio deste documento informar o meu desejo de não continuar a participar da pesquisa **“O psicólogo e o seu lugar no hospital: percepções em residência multiprofissional em saúde”** sob responsabilidade dos pesquisadores Natane Gonçalves Silva e Tatiana Benevides Magalhães Braga. Quando assinei o TCLE fui esclarecido e estou ciente que não sofrerei nenhum prejuízo ou coação por não participar mais da pesquisa.

Solicito também a retirada dos meus dados da pesquisa e não concordo que eles sejam incluídos em nenhuma publicação.

O presente Termo de Retirada do Consentimento será assinado por mim e pelo pesquisador **Natane Gonçalves Silva e deverá ser anexado ao TCLE que assinei.**

Estou ciente de que em nenhum momento fui e nem serei identificado por ter assinado o TCLE em momento anterior e este documento de retirada de minha participação na pesquisa.

Uma via original deste Termo de Retirada do Consentimento ficará comigo e outra com o pesquisador.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura de um ou mais pesquisadores