



Fundamentos preliminares para a prática de uma psicologia psicossocial hospitalar

Preliminary foundations for the practice of hospital psychosocial psychology

Maico Fernando COSTA¹  

Jeferson RODRIGUES²  

¹ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Medicina – FM, Centro de Humanização. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Departamento de Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil.

Correspondência:

Maico Fernando Costa
maico.costa@fm.usp.br

Recebido: 25 set. 2024

Revisado: 12 maio 2025

Aprovado: 18 jun. 2025

Como citar (APA):

Costa, M. F., & Rodrigues, J. (2025). Fundamentos preliminares para a prática de uma psicologia psicossocial hospitalar. *Revista da SBPH*, 28, e024. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.743>.

Financiamento:

Financiamento próprio

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Nota dos autores:

Este artigo é derivado de *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/11449/214756>.



Resumo

O nosso compromisso com este artigo, em seu formato de ensaio, é tratar de uma perspectiva de Psicologia Hospitalar associada ao conceito "Psicossocial". Possuímos a hipótese de que a postura psicossocial de escuta aos sujeitos do sofrimento nas urgências e emergências hospitalares produz, por efeito, não somente uma implicação subjetiva, mas, igualmente, uma implicação sociocultural. O objetivo do ensaio teórico-clínico foi construir os fundamentos preliminares para a práxis de uma Psicologia Hospitalar orientada pela ética da Atenção Psicossocial. Para isso, tendo em vista a ausência de pesquisas científicas relacionadas ao tema "Psicologia Hospitalar e Atenção Psicossocial", realizamos um levantamento da literatura bibliográfica congruente com os princípios do Sistema Único de Saúde, da Humanização e das contribuições teóricas a respeito da Atenção Psicossocial de Abílio da Costa-Rosa. As investigações teórico-científicas foram combinadas com a exposição de casos clínicos, como forma de apresentar algumas possibilidades de materialização da "Psicologia Psicossocial Hospitalar". Por fim, confiamos na/o psicóloga/o psicossocial hospitalar como uma/um agente articuladora/r de redes de contratualidade social, no desejo de possibilitar trocas entre pares, trocas socioculturais, afetivo-relacionais e subjetivas. É uma/um trabalhadora/r transdisciplinar que atua in loco, buscando criar condições para que os sujeitos se beneficiem dos efeitos de sua fala.

Descritores: Humanização da assistência; Psicologia hospitalar; Sistema único de saúde.

Abstract

Our commitment with this article, in its essay format, is to deal with a perspective of Hospital Psychology associated with the concept of "Psychosocial". We have the hypothesis that the psychosocial stance of listening to the subjects of suffering in hospital urgencies and emergencies produces, as an effect, not only a subjective implication, but also a socio-cultural implication. The aim of this theoretical-clinical essay was to lay the preliminary foundations for the praxis of hospital psychology guided by the ethics of psychosocial care. To this end, in view of the lack of scientific research on the subject of "Hospital Psychology and Psychosocial Care", we carried out a survey of bibliographic literature that is congruent with the principles of the Unified Health System, Humanization and Abilio da Costa-Rosa's theoretical contributions on Psychosocial Care. The theoretical and scientific investigations were combined with clinical case studies, as a way of presenting some possibilities for the materialization of "Hospital Psychosocial Psychology". Finally, we trust the hospital psychosocial psychologist as an articulator of social contract networks, in the desire to enable exchanges between peers, socio-cultural, affective-relational and subjective exchanges. She is a transdisciplinary worker who works on site, seeking to create the conditions for subjects to benefit from the effects of their speech.

Descriptors: Humanization assistance; Hospital psychology; Single health system.

INTRODUÇÃO

O nosso compromisso com este artigo, em seu formato de ensaio, é tratar de uma perspectiva de Psicologia Hospitalar associada ao conceito “Psicossocial”, nesse aspecto, sob a proposição de uma “Psicologia Psicossocial Hospitalar” e não uma Psicologia Hospitalar. Entendemos que o qualificador psicossocial entre psicologia e hospitalar faz a mediação entre a área de conhecimento e o campo de atuação, com a proposta de identificar um paradigma que intercede nessa especialidade da psicologia. Com isso, sinalizamos uma abordagem teórico-técnica que tem a sua originalidade, uma vez que sugere uma prática de Psicologia inserida no contexto hospitalar para além das interconsultas ou atendimento “beira leito”. Incluímos, nesse escopo de ação psicológica, as articulações de rede, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Sanitária brasileira (Paim, 2008).

Possuímos a hipótese de que a postura psicossocial de escuta aos sujeitos do sofrimento nas urgências e emergências hospitalares produz por efeito não somente uma implicação subjetiva, mas igualmente uma implicação sociocultural. Em outros termos, as pessoas que se beneficiam dessa escuta podem ser capazes de ressignificar a experiência do sofrimento, bem como, a partir de “orientações” e ciência das ofertas psicossociais que existem na Rede de Saúde, interrogar e transitar pelos territórios em que habitam, evidentemente, não sem terem a oportunidade de transformar a sua realidade social. Destacamos que as reflexões teóricas presentes no texto que se apresenta são derivadas da experiência de psicólogo atuando e pesquisando a Psicologia nos hospitais nos últimos anos. Os fragmentos de casos clínicos são originários, especialmente, de nossa Tese de Doutorado. Entrementes, é justo dizer que uma das motivações para a escrita do artigo advém do trabalho como docente na especialização de “Psicologia Hospitalar” oferecida pelo Hospital Israelita Albert Einstein.

OBJETIVO

Colocados esses termos, o objetivo do ensaio teórico-clínico foi construir os fundamentos preliminares para a práxis de uma Psicologia Hospitalar orientada pelas bases de ação-reflexão da Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

Os artigos que elegemos tratavam da Psicologia Hospitalar de modo mais abrangente. Dentre eles, não houve um sequer que abordasse as locuções “Atenção Psicossocial” ou “Psicossocial” aglutinadas à nomenclatura “Psicologia Hospitalar”. Para tanto, recorreremos às plataformas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Periódicos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Journal Storage* (JSTOR, biblioteca virtual multidisciplinar), Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (Rev da SBPH) e Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Frente a isso, tendo em vista a ausência de pesquisas científicas relacionadas ao tema “Psicologia Hospitalar e Atenção Psicossocial”, realizamos um levantamento da literatura bibliográfica congruente com os princípios do SUS, da humanização

e das contribuições teóricas a respeito da atenção psicossocial de Abílio da Costa-Rosa (2013), envolveu um trabalho com seres humanos, foi inscrita e aprovada na Plataforma Brasil por um Comitê de Ética local: número de parecer nº 4.977.508.

Enfatizamos que as investigações teórico-científicas foram combinadas com a exposição de casos clínicos, como forma de apresentar algumas possibilidades de materialização da “Psicologia Psicossocial Hospitalar”. Nesse sentido, em atendimento psicológico na unidade hospitalar, os sujeitos escutados tomaram ciência, em inteiro teor, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes foi apresentado (Angerami-Camon, 1984; Romano, 1990; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019; Neves & Dittz, 2021; Silva et al., 2021; Gallego et al., 2023; Rocha et al., 2022; Machado et al., 2024).

Por conseguinte, dividimos o tema de trabalho em três eixos: (1) O termo psicossocial e a Clínica Ampliada; (2) De que se trata uma escuta psicológica psicossocial ampliada no hospital: a convivência e a posição psicossocial; (3) Apreciação à Psicologia Psicossocial Hospitalar: algumas notas sobre ofertas psicossociais. Sobre este último assunto, partimos da hipótese de que, se temos grandes horizontes, cumpre abrimos nossa paisagem e agregar, à nossa formação, variadas ferramentas, isso é o que nos permite estarmos à altura, ou, ao menos, próximos da complexidade que é a vida humana.

Diante desse contexto, partimos da questão norteadora: como construir fundamentos para uma práxis de uma Psicologia Hospitalar orientada pela ética da Atenção Psicossocial? Adicionamos a esse problema de pesquisa uma outra hipótese de trabalho, a asserção de que ensejar uma práxis de Psicologia Psicossocial Hospitalar implica nos apropriarmos das noções teóricas de Clínica Ampliada e Atenção Psicossocial, naquilo que delas podemos acompanhar das influências da reforma sanitária brasileira e do SUS, enquanto política pública de Saúde.

A CLÍNICA AMPLIADA E O TERMO PSICOSSOCIAL

De início, listamos alguns assuntos colhidos da leitura dos textos que também são pertinentes à prática da Psicologia Hospitalar: Fundamentos para a Prática da Psicologia Hospitalar; Prática Baseada em Evidência; Especificidades da Psicologia Hospitalar; Cuidados Paliativos; Funcionamento dos Serviços de Saúde, Qualidade no Atendimento, Segurança, Indicadores e Experiência do Paciente. Entendemos que isso tudo é o básico para a prática da Psicologia nos hospitais, na alta complexidade da Atenção em Saúde, pois sem isso não chegamos às colunas, ao teto de nosso trabalho. E, saibamos, não pretendemos um trabalho que seja à revelia, a contragosto da instituição, do contrário, não possuímos vida longa nos lugares onde estamos. Tampouco, defendemos aqui uma prática “Psi” restritamente individualizada, preocupando-nos unicamente com os casos que atendemos “beira leito” e acolhendo familiares. Logo, nosso intuito também é realizar um trabalho cooperado com nossos colegas, buscando a convivência. Acreditamos que, sem compartilhamento de saberes e trocas entre pares, pouco alcance tem a nossa prática, mesmo essa a qual nomeamos de “individualizada”.

Por outro lado, sustentamos igualmente o quão importante é para as psicólogas e psicólogos não deixarem de constantemente se atualizar, refletir sobre a sua prática, ou seja, estudar teoricamente a respeito dos casos que atendem. Frente a isso, concordamos

com uma frase de um dos autores com que trabalhamos: “Os não tolos erram”. O que isso quer dizer? (Lacan, 1973-1974/2018).

Em nosso cotidiano, acertaremos quando soubermos que erramos, então, sintam-se confortáveis, pois, o caminho para o desenvolvimento, tanto na nossa carreira, quanto na vida, é assumirmos o nosso fracasso. E, junto aos sujeitos que escutamos em seus leitos, tudo o que eles menos precisam é que saibamos por eles, já que é talvez um dos maiores enganos que podemos cometer, a saber: acreditarmos que podemos saber pelo outro, ou que possuímos um conhecimento que irá resolver e trazer a solução para todos os problemas das pessoas. Em contrapartida, se não se trata de resolver pelos outros, então o que fazemos diante dessas pessoas que clamam por uma ajuda nossa? E, o que toda essa reflexão tem a ver com o termo “Psicossocial” e a “Clínica Ampliada”? Respondemos: primeiro, a Clínica Ampliada, por excelência, possui uma abordagem psicossocial; segundo, uma não é sem a outra; terceiro, a Clínica ampliada é um acolhimento aos sujeitos do sofrimento, que entende a saúde e a doença como estados que se produzem nas relações construídas em sociedade; ademais, em sua abordagem psicossocial, está incluída uma recepção-escuta tanto coletiva quanto no “um a um”. E em relação ao conceito “Psicossocial”, quais são as suas origens? Possuímos o excitante desafio aqui de nos apropriarmos de um termo que nasce do campo da Saúde Mental e transpô-lo para a práxis hospitalar das urgências orgânicas.

De acordo com Costa-Rosa et al. (2003), o conceito “Psicossocial” é originário das críticas mais sérias que são realizadas a um tipo de Psiquiatria de cunho organicista, propondo, dessa maneira, um novo paradigma de prática de Saúde Mental. Esse termo caracteriza movimentos, ao redor do mundo, de tensionamento e de reforma à Psiquiatria, conferindo à “loucura” um lugar que compreende aspectos psíquicos e sociais entrelaçados. Citamos aqui alguns desses movimentos: Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria Democrática e Antipsiquiatria. Todos esses movimentos contribuíram, portanto, para uma nova forma de tratar o sofrimento mental com as suas práticas de atenção em sentido amplo. E, no que se refere ao Brasil, durante a década de 1980, o conceito designa dispositivos de atendimento em Saúde Mental: Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Sobre essa dimensão de sofrimento mental, alinhada (em nosso ponto de vista) à Atenção Psicossocial, contribuímos com o que exercitamos no plano da prática na associação da qual fazemos parte – *Analyse Pratique Psycho-Sociale* – Análise Prática Psicossocial, situada em Paris/França: “Não há doença mental, há um sofrimento do social no mental”. Portanto, questionamos: o que significaria no hospital investirmos em práticas de Psicologia em sentido amplo? Por exemplo, para além da interconsulta? (Costa, 2019, 2021, 2023; Hubert, 2022).

Nessa direção, antes, convidamos os leitores a visualizarem na Figura 1, o qual julgamos como uma base para o exercício da reflexão teórica no cotidiano hospitalar, tendo por ponto de partida a experiência profissional *in vivo*.

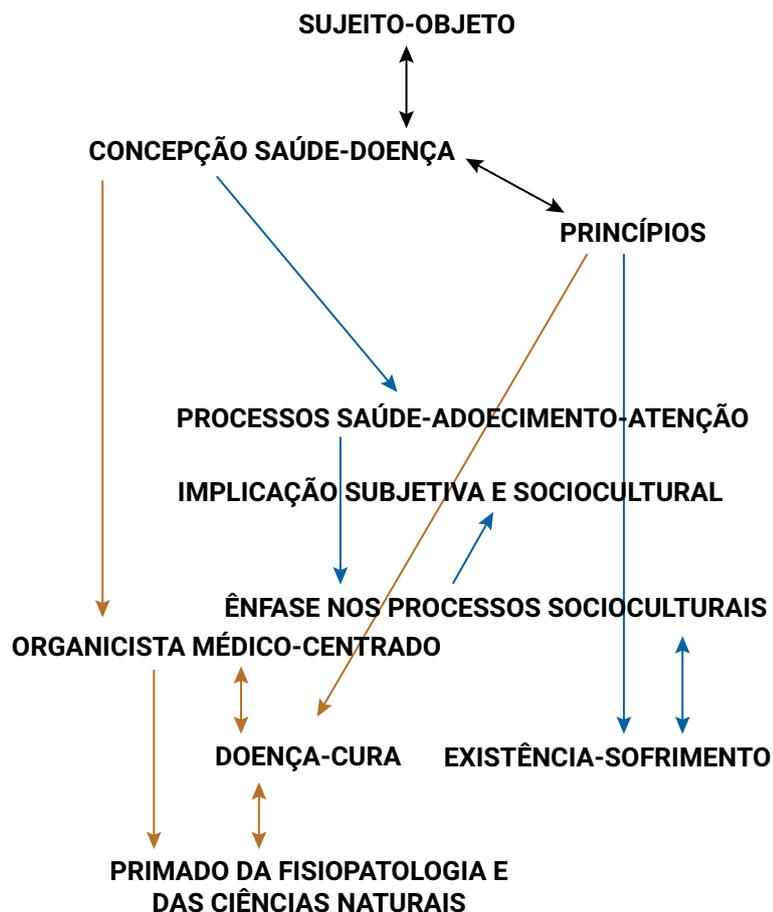


Figura 1. Modelos paradigmáticos de processos de saúde-adoecimento
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Tendo em conta os distintos modelos de tratamento à saúde e ao adoecimento no hospital, a clínica psicológica no contexto hospitalar se mostra como uma importante área de conhecimento e de prática, no que diz respeito ao campo de Atenção em Saúde, diante dos diversos tipos de demandas de cuidado, de adoecimento e da experiência da dor e do sofrer. Outrossim, junto às demais formações profissionais de Saúde, e perante a complexidade dos pedidos de “socorro”, na forma de apelo (vindo dos trabalhadores das instituições, da família ou dos sujeitos em tratamento), abrange na discussão cotidiana de seu fazer-saber inúmeros temas que estão relacionados aos diferentes sujeitos que são escutados, dentre eles, destacamos: “A clínica ampliada no SUS” e o conceito “Psicossocial”.

Diante disso, entendemos como ponto de partida de todo trabalho na Saúde a importância de uma análise política das instituições, para vermos se estamos no horizonte da Saúde Coletiva. Nesse sentido, consideramos que, nos estabelecimentos institucionais hospitalares, por meio das práticas das trabalhadoras e dos trabalhadores, convivem diferentes concepções de saúde-doença com distintos princípios éticos e formas de apreensão do que se entende por sujeito-objeto.

Dentre as concepções de saúde-doença, destacamos duas, sendo que uma delas tem um caráter organicista e médico-centrado, e o seu primado de trabalho é o da fisiopatologia e das ciências naturais, tendo por princípio ético a lógica de tratamento fundada na doença-cura, ou seja, para cada doença é necessário encontrar a sua cura, o adoecimento

é entendido como um mal que afeta o sujeito e precisa ser eliminado a qualquer custo. A consequência terapêutica dessa direção de tratamento coincide com um sujeito que é visto e se reconhece como “paciente”, acomodando-se ao lugar de ser objeto passivo das intervenções que chegam de fora e vêm do “outro” – tido por especialista das ciências médicas e de enfermagem.

E, como seu alternativo contraditório, há a noção a qual está alicerçada na compreensão de processos, enquanto processos de saúde-adoecimento-Atenção e de subjetivação, tendo a implicação subjetiva e sociocultural como os seus horizontes de efeitos em termos de terapêutica. Nesses termos, o seu princípio é a existência-sofrimento, a doença não é vista como algo “ruim”, mas um estado vivido pelo sujeito em sua existência, noutras palavras, o sofrimento é percebido como algo inerente ao ser e estar no mundo. O estar sadio e o adoecer fazem parte da vida, não se trata, portanto, de reduzirmos esses estados simplesmente a algo “bom” ou “maléfico”. Nessa lógica de atenção ao sofrimento psíquico, emergente nas Unidades hospitalares, a escuta psicossocial visa a viabilizar um sujeito implicado subjetivamente na sua questão, no mal-estar que o acossa, não sem que esse mesmo sujeito possa igualmente se implicar nas problemáticas socioculturais que o atravessam, tais como a desigualdade social, o racismo, a violência de gênero e as transfobias de todos os tipos.

Dito de outro jeito, há nas unidades hospitalares práticas de atenção ao público que são diversas em suas finalidades e efeitos. A primeira, chamamos de hegemônica, tem como primado a cura de “doenças”, o sofrimento é limitado à fisiologia orgânica unicamente, e o sujeito é colocado no lugar de objeto “paciente” às intervenções do saber médico. O outro modo de atenção (o segundo mencionado), a partir do qual nos posicionamos, tem a sua ênfase de ação voltada para os processos socioculturais, cujo entendimento é de que, mesmo no sofrimento, ao lidar com a sua dor, há um sujeito que pode ser ativo e fazer parte (como protagonista) do seu tratamento. Nessa perspectiva, não reduzimos a “doença” a um problema individual que deve ser eliminado, caracterizamos-la como inerente à vida, produzindo-se numa conjuntura que é social, econômica e cultural.

De acordo com Dhein (2010), notoriamente, a clínica ampliada é inspirada no SUS enquanto política pública brasileira. A concepção de um sujeito em sua integralidade, percebido como o principal componente no seu tratamento e como produtor e produto das relações sociais, é uma das maneiras de abordar o “usuário” (ao longo do texto, optamos mormente pela locução “sujeito”, para não confundirmos a pessoa, dotada de desejo, com o famoso e já conhecido “usuário” consumidor de mercadorias) nos “serviços” (preferimos o termo “dispositivo” no lugar de “serviço”, por entender que o último é a forma degradada que o trabalho se tornou no capitalismo) de Saúde do SUS, resguardando-se na noção de Clínica Ampliada. Doravante, esse modo de levar em conta o “objeto”, a nosso ver, faz eco aos princípios éticos da Reforma Sanitária, da qual o próprio SUS é uma de suas heranças (Brasil, 1990; Ministério da Saúde [MS], 1986).

Conforme Paim (2008), a Reforma Sanitária se demonstra como um projeto civilizatório articulado à democracia, derivado do movimento sanitário, engendrado por trabalhadoras/es, pesquisadoras/es e civis. Salvo as críticas necessárias ao projeto, levando em conta os limites que são impostos pela realidade em seus conflitos, o seu propósito tem a ver com a luta pela democracia, defesa de direitos sociais e de novas formas de tratar a saúde. O sujeito, nesse sentido, é eminentemente um ser social que produz e é produzido numa sociedade e na relação com os outros.

No que se refere à clínica ampliada no SUS, em consideração a essa compreensão de sujeito, essa é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (MS, 2010), eixo de trabalho em Saúde proposto de modo transversal a todos os dispositivos de tratamento em seus diferentes níveis de Atenção. Caracteriza-se por incentivar a horizontalização das relações nos termos da gestão, da assistência, da integralidade, da necessidade, da satisfação e do protagonismo das pessoas. A clínica ampliada tem o propósito de ampliar as ofertas de Atenção à população no sistema público de saúde. Nesses termos, os seus eixos primordiais são: o alargamento da compreensão do processo saúde-doença, a valorização dos processos cooperados de construção de práticas no trabalho, questionamento à figura da/o “paciente” como aquela/e que é passiva/o às intervenções operadas de cima por uma/um especialista médica/o, a inclusão da palavra e do acolhimento sensível ao sujeito do sofrimento e, por fim, o aporte à qualificação e formação profissional na esteira da Humanização sob os valores éticos sanitários (Dhein, 2010).

Acreditamos, dessa maneira, que o entendimento do binômio saúde-doença colocado sob a ideia de processos, o reconhecimento do trabalho como potencial criativo-transformador e não como assujeitamento a figuras de poder autoritárias, assim como a inclusão do conceito de sujeito como protagonista de sua história e inserido em um coletivo social são ingredientes profícuos para a proposição de uma escuta psicológica psicossocial no hospital.

DE QUE SE TRATA UMA ESCUTA PSICOLÓGICA PSICOSSOCIAL AMPLIADA NO HOSPITAL: A CONVIVÊNCIA E A POSIÇÃO PSICOSSOCIAL

Os atores em jogo na Prática “Psi”, não importa o local em que eles estejam, são: um sujeito, uma escuta e a palavra. Esse tripé é a resposta para o alargamento das práticas convencionais às quais estamos acostumados, enquanto psicólogas e psicólogos, a lembrar a imagem de nossos consultórios: uma sala fechada, isolada de barulhos externos, com poltronas, sofá e/ou divã, aromatizada, performada, adornada e livre de interferências externas. Em paralelo a esse tripé, indicamos outro tripé fundamental: a análise pessoal (escutarmos-nos, sermos sensíveis aos nossos conflitos, logo, à nossa experiência); a prática analítica (escutarmos o outro, o que é diferente de “simplesmente” ouvir); a supervisão – os estudos (formação contínua).

Colocadas essas palavras, estamos em condições de dizer o que precisamos fazer para ampliar nossa prática. Depois de trazer os seus princípios éticos e valores, apresentamos o que acontece nesse alargamento da práxis psicológica no hospital. De acordo com Elia (2010), a ampliação da intenção de nosso fazer existe quando adaptamos a nossa técnica às novas condições, modificando a configuração de espaço-tempo de nosso dispositivo de escuta, porém conservando a sua estrutura, ou seja, mantendo o seu método teórico-clínico que coincide com uma ética que objetiva um sujeito em sua fala se vinculando à figura daquela/e que o escuta. Essa vinculação, do nosso ponto de vista, será o motor para um tratamento psíquico pela palavra. Recordamos que, no âmbito hospitalar, via de regra, há um trabalho de manejo da terapeuta anterior a isso, que é instigar o sujeito a acreditar no poder de marca que tem as suas palavras. Colocados esses termos, pontuamos que, nas nossas incursões, por todo o espaço institucional, é fundamental levarmos em conta a leitura da instituição e a particularidade do hospital.

Retomamos a discussão iniciada a respeito das intervenções psicossociais com uma pergunta: “O que é um Psicólogo Psicossocial no hospital?” Reforçamos a premissa de que é um trabalhador transdisciplinar, um profissional que não se limita às suas funções originárias da formação que o credenciou a atuar, é alguém com ousadia o suficiente para pretender, para além das suas incumbências oficiais, uma transformação da realidade social na qual se encontra. Nesse sentido, preocupar-nos-íamos não somente com os sujeitos que atendemos em consulta psicológica, mas, igualmente, com as equipes que partilham conosco do mesmo chão de trabalho, as pessoas que se encontram no hospital e com as quais conseguimos conviver: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, especialidades médicas diversas, assistentes sociais, trabalhadores da limpeza, de higiene, farmácia, cozinha, costura, agentes controladores de fluxo (os conhecidos seguranças), colegas da recepção e outros.

A ação do Psicólogo Psicossocial Hospitalar caminha nessa direção, conforme costumamos dizer, onde possamos falar com companheiros que atuam no hospital, ocupando espaços em deslocamento. Perguntamos à/ao leitora/r: conseguem imaginar o tédio e o ostracismo que pode ser realizarmos todos os dias as mesmas funções, repetitivamente? Percebamos, isso não é muito diferente de um trabalho na fábrica, aos moldes de “Tempos modernos”, de Charlie Chaplin (Chaplin, 1936). Nesses termos, nessas variadas linhas de frente de trabalho propostas, emprestamos o nosso corpo e a nossa subjetividade (força de trabalho), sem pagarmos por excesso de narcisismo e de sofrimento, como suporte das diversas transferências que a nós podem ser endereçadas. Isso ocorre no instante em que abrimos a porta para trabalhos que também pretendam transformar as instituições em lugares em que as pessoas, todas elas como um todo, possam “falar-fazendo-se-escutando”. Lembramos que os sujeitos que atendemos não precisam ser tomados como objetos, pessoas incapazes de falarem por si próprias ou “incapacitadas”, e os trabalhadores com quem estamos no cotidiano não precisam ser nosso objeto de ódio ou nossos rivais: importa-nos mais a convivência do que a concorrência.

Pois bem, se nossa via não é querer ensinar o outro naquele tipo clássico de pedagogia, se não nos posicionamos como aquelas pessoas que acham que possuem um conhecimento superior ou pensam que têm um saber que o outro não tem, como conseguir que nossos colegas possam, eventualmente, ocupar uma posição similar à nossa? Defendemos, segundo Galiego e Costa-Rosa (2018), que é necessário atuarmos por “efeitos-demonstração”. Para esses autores, o conceito de “efeitos-demonstração” configura a função psicossocial adotada por uma/um trabalhadora/r da saúde no compartilhamento da sua experiência, trata-se do princípio de persuadir as/os demais trabalhadoras/es a conclamar outros meios de produzir saúde psíquica e saber “junto e com” as pessoas que compõem as equipes de Atenção ao sofrimento. Os **efeitos-demonstração** têm como objetivo a produção de outras/os trabalhadoras/es também engajadas/os com a transformação da realidade social, para além da assistência clássica.

Ilustramos essa definição de compartilhamento de experiência com outra história. Recordamo-nos de uma situação que presenciamos enquanto professores em uma aula de Ética, em uma universidade do interior do estado de São Paulo. De acordo com M. F. Costa (comunicado em aula no curso de graduação em Psicologia de uma universidade do interior do Estado de São Paulo, no dia 3 de agosto de 2017), a lousa estava sendo limpa, como era de hábito em todos os dias que havia aula, até que, certo dia, uma estudante perguntou: “Professor, você limpa o quadro todos os dias para que o outro professor comece a aula com o quadro limpo, isso tem a ver com ética?”.

Nessa situação, do nosso ponto de vista, visualizamos que talvez essa estudante tenha aprendido mais pelo exemplo do que pelo conteúdo em si do discurso falado, por meio do nosso próprio exercício de trabalho, da nossa própria forma de ser e de estar no mundo. E não foram poucas as vezes, igualmente, que, no âmbito de nossa prática psicológica em hospitais, escutamos de colegas o seu interesse em atuar segundo a perspectiva psicossocial:

“acho interessante isso de fazer rede, discutir casos entre a equipe toda, seja ensino superior, básico ou médio, nós podemos conversar e trocar ideias, todos de igual para igual. E sem contar que podemos escutar as histórias das pessoas e não ficarmos só no seu diagnóstico médico.” (Enfermeiro, colega de equipe, comunicado em situação de trabalho em um hospital do interior paulista, no dia 18 de setembro de 2018)

Entendemos que, nesse aspecto, quando somos genuínos, demonstramos, exalamos pelos poros a honestidade e impetuosidade que se tem um trabalho que possui as suas convicções. As nossas convicções, no caso, não são menos do que objetivar práticas de cooperação entre pares, mais coletivizadas, a partir das quais possamos aprender uns com os outros. Acreditamos que, quando escutamos a verdade que o outro possui para partilhar, ele deixa de ser nosso potencial “inimigo” ou um mero “moribundo”. Assim, é preciso, portanto, disposição e inclinação de escuta sensível. Sobre os tipos de práticas, existem inúmeras formas de materializar esse nosso desejo, cada local, cada contexto e território nos ensinará os caminhos para isso, pois, para nós, o saber está no campo, com isso, o conhecimento de campo é imprescindível nesse aspecto. Nesse sentido, indagamos: O que, por exemplo, tendo em vista a particularidade do Estabelecimento hospitalar em que nos encontramos, envolvendo os seus atores, suas atrizes institucionais e a sua história, é possível realizar em termos de intervenções psicossociais? Como tornar importante essa empreitada, de transformar as nossas práticas “individualizadas e individualizantes”, para as demais pessoas?

O movimento nosso na procura por responder a essas questões precisa ser contínuo e não cumpre ser exagerado, exasperado, às vezes avançamos recuando. A conta-gotas também se enche um recipiente. Não é o que a sabedoria popular já disse? E também não estamos dizendo que, em muitos casos, não podemos ser assertivos e não titubear em nossas propostas. Entretanto, para isso, precisamos captar as coordenadas que o ambiente nos oferece, uma vez que não é possível conseguir as coisas sem confiança: dos outros e, no que possuímos para oferecer, em nós mesmos, apostando no que estamos realizando. Ora, se não acreditamos na potencialidade de nosso saber-fazer (*savoir-faire*), quem irá? A psicóloga psicossocial hospitalar se vale então desse horizonte, o qual visa a desbloquear os discursos que estão bloqueados (de quem, pacientes, equipe) e que padecem pela ausência do dizer, por isso, aproveitamos toda e qualquer brecha na instituição para ofertar essa nossa disposição de escuta que tem como mote: a instrumentalização de outras posições psicossociais. Nesses termos, acrescentamos que, junto à transformação das relações sociais institucionais (as quais são permeadas por vaidades, rivalidades e narcisismos), há no nosso escopo de ação em saúde a viabilização de que nossos colegas de equipe possam se instrumentalizar igualmente pela variedade de terapêuticas relacionadas à postura psicossocial no hospital. Sabemos que sozinhos dificilmente chegaremos a algum lugar.

Posto isso, de acordo com Costa-Rosa (2019), apresentamos alguns parâmetros necessários e fundantes para a ação institucional e a clínica do trabalhador transdisciplinar (o equivalente do Psicólogo Psicossocial Hospitalar): (i) A realidade psíquica é constituída por intermédio de uma realidade social-histórica e, por conseguinte, interrogamos as concepções hegemônicas de saúde-adoecimento que tomam o sujeito por “objeto doente”; (ii) Atitudes para a transformação de modelos de gestão autoritárias e extremamente verticalizadas; (iii) Estudo e análise crítica de práticas de saúde que são históricas e herdadas da Reforma Sanitária, no que fundamenta os princípios do SUS, tendo em conta os Estabelecimentos de Saúde como lógicas de interlocução – espaços de múltiplas formas de acolher as demandas, sociais e psíquicas, das pessoas atendidas e dos trabalhadores; e (iv) Manejo da unidade hospitalar de maneira que a nossa prática psicossocial possa nela caber.

APRECIÇÃO À PSICOLOGIA PSICOSSOCIAL HOSPITALAR: ALGUMAS NOTAS SOBRE OFERTAS PSICOSSOCIAIS

Interrogamos mais uma vez: “Quais são as suas urgências nos lugares em que vocês estão? O que urge ser respondido nas instituições em que vocês atuam?” A Educação, a Assistência Social, a Saúde, todos esses setores políticos possuem as suas urgências. A alta complexidade, por sua vez, tem a sua peculiaridade, em termos de estrutura de funcionamento: terreno que lida com o risco iminente de morte, âmbito das tecnologias de consistência, de repente, mais “duras”, frente aos abalos que impactam os silêncios de uma homeostase vital em suas rotinas diárias. Não por menos, os seus equipamentos são os que mais exigem dos cofres públicos da União, pois, segundo dados do Portal da Transparência, a Assistência hospitalar e ambulatorial investiu no País, só no ano de 2023, mais de R\$ 32 bilhões, mais do que o dobro da Atenção Básica (Controladoria Geral da União, 2023).

Contudo, no que concerne a outros aspectos e às relações entre pessoas, do que se espera de um trabalho que se preocupa com o “bem-estar” do público atendido, esse trabalho é similar a outros setores políticos de Atenção: procuramos trabalhar sempre em rede, articulando-nos entre equipes de um mesmo Estabelecimento e com outras instituições. Outrossim, é sabido que, na Unidade hospitalar, existem urgências a serem recepcionadas e elas clamam por uma resposta rápida. Naquilo que nos cabe, a partir de nossa indicação de uma Psicologia no domínio hospitalar da Saúde, escutamos a Urgência subjetiva e social, na pretensão de que os sujeitos, na angústia irrompida do encontro com o evento traumático, venham a levar em conta a dimensão psíquica que há em seus apelos e, quem sabe, possam, a partir de nossas intercessões psicossociais, encontrar outras Redes (podendo construí-las, por que não?) dentro do hospital mesmo ou na alta-hospitalar.

Nesse caso, conforme Calazans e Bastos (2008), as nossas ações de atenção ao sofrimento psíquico podem objetivar três elementos que enlaçam o que chamamos de recepção-escuta: (i) O modo como os sujeitos se precipitam e estão em sua condição de tratamento e trabalho no local; (ii) A recepção das suas demandas, que podem ser diversas; e (iii) Os possíveis encaminhamentos, segmentos, para a escuta que se principiou. Neste último, é notório que a Psicóloga Psicossocial tenha um razoável conhecimento acerca do que existe de possibilidades de ofertas terapêuticas na Rede Intersetorial do município. Por consequência, o tratamento pela palavra é o que propomos, e, se vocês se recordam, a nossa práxis está alicerçada em uma clínica crítica ampliada composta pelos referenciais que são motivados pela Reforma

Sanitária e Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 2012, 2019; Costa-Rosa et al., 2003; Dhein, 2010; Paim, 2008).

Isso posto, adotamos a locução “clínica crítica ampliada” por alguns motivos. Primeiro, por nos posicionarmos por meio de uma clínica que objetiva escutar o sujeito do inconsciente em seus processos de elaborar uma realidade que, a nosso ver, é social e psíquica. Segundo, do nosso ponto de vista, entendemos que a “doença” é o que convoca o sujeito a responder, ou seja, o adoecimento não é algo “ruim”, bem como compreendemos que ela sinaliza uma posição “negativa/insuportável” do indivíduo, é uma forma de responder a uma injunção da realidade. O modo como os sujeitos se tornaram sujeitos, nas suas relações com o Outro (social) nas suas histórias particulares, determina-os em suas respostas imediatas diante dos acontecimentos. Nessa esteira, escutar-se, apropriar-se de seus dizeres pelas formações do inconsciente é o que lhes viabiliza interceder nesses determinantes, a ponto de se reposicionar no laço social. Terceiro, um tratamento derivado de uma “clínica crítica na Saúde Coletiva” é o que produz implicação subjetiva e social, os sujeitos se responsabilizam da parte que lhes cabe em seus conflitos, queixas, sintomas e se autorizam a interrogar e protestar sobre o que está provocando o sofrimento (Costa-Rosa, 2012).

Dessa forma, a Saúde Coletiva demonstra ser o nosso horizonte ético de ação, ao nos fornecer os princípios que inspiram uma Psicologia Psicossocial Hospitalar, igualmente afeita a ofertas de saúde conectadas à garantia de outros direitos sociais, políticos e aos interesses dos trabalhadores. O espaço dos hospitais, portanto, é uma de nossas arenas nos movimentos devidos para uma prática psicossocial. À vista disso, baseamo-nos na postura que pode tecer uma apreciação à Psicologia Psicossocial Hospitalar, desdobrada em três motes: (1) O tratamento é centrado no sujeito, objetivando que ele se torne protagonista em seus processos de saúde-adoecimento; (2) A angústia é tomada como mola propulsora para que haja o que chamamos de uma ressignificação do acidente; e 3) A instituição de Saúde, expressa no Estabelecimento hospitalar, é manejada para que seja ela própria terapêutica, um local de pactuação de vínculos de confiança e de relações de trabalho empáticas.

Todavia, defendemos a chance de operacionalizar uma Psicologia Outra, cuja unidade hospitalar é um dos seus campos possíveis de ação em Saúde. Essa esfera de trabalho tem as suas frentes de escuta intimamente enlaçadas, dentre elas, mencionamos: a (i) Atenção (ofertas transferenciais profissionais diversas pelas quais os sujeitos podem se ligar para saber-fazer algo com seus conflitos), (ii) Gestão (modos de trabalho inspirados por formas de relacionamento mais horizontais em equipe), (iii) População (aposta nos movimentos e espaços de controle social como locais de cogestão em Saúde – as pessoas atendidas também participam da construção das ofertas terapêuticas a elas destinadas) e (iv) Formação (espaços para que a formação clínica-ética-política reafirme o postulado da práxis psicossocial).

Colocadas as livres-teorizações sobre o que compõe a posição psicossocial no hospital, em forma de notas, enumeramos as ofertas psicossociais as quais acreditamos serem possíveis de operar em nossa escuta psicológica cotidiana: Projeto Terapêutico Singular (PTS); Acompanhante Terapêutico (AT); Oficinas Terapêuticas; Rodas de Conversas; Apoio Institucional; Prática “entre vários”. Reforçamos que todos esses dispositivos, originariamente, são ferramentas metodológicas para tratar as crises psíquicas na Saúde Mental. Lembramos que a materialidade dessas ferramentas possui menos o seu lugar de operar com elas, única e exclusivamente, do que se beneficiar delas como uma dentre múltiplas formas de colocar em cena uma prática psicossocial de

atendimento. E salientamos, ainda, que, do material bibliográfico levantado em nossa tese de doutorado e para a feitura deste artigo, não encontramos nenhuma referência a uma práxis psicológica que se arvorasse a lançar mão dessas ofertas terapêuticas psicossociais no contexto dos hospitais (Costa, 2021).

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O PTS expressa um conjunto articulado de ações terapêuticas direcionadas a uma pessoa ou coletividade. É a formalização, também impressa em documento, de um trabalho em equipe, considerando registros pessoais, histórico individual e familiar, antecedentes de atendimento em Saúde, uma avaliação diagnóstica, objetivo, método, conduta profissional e finalidade de tratamento. São ofertas psicossociais construídas por uma equipe, de modo inter e multidisciplinar, podendo incluir nessa construção (preferencialmente) as pessoas e/ou familiares (referências sociais para os sujeitos em sofrimento) destinatários das condutas de cuidado (Depole et al., 2022). Entendemos que o PTS possui maior robustez quando inserido no sistema de informação de cada instituição. Esse recurso deve ser constituído em equipe e com a pessoa usuária do serviço, para que as ações de cuidado, sua implementação e as reavaliações tenham coerência no processo terapêutico singular.

ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO

Em relação ao AT, este está vinculado a uma formação específica, não se qualificando como uma profissão em especial. Trata-se de um atendimento clínico, de início pensado para a Clínica das Psicoses, voltado para situações de crises subjetivas, individuais ou familiares, produzidas diante da hospitalização. Demonstra-se efetivo, pois, seu modelo de escuta se caracteriza pela ocupação de diferentes espaços pela cidade ou mesmo dentro do Estabelecimento de Saúde no qual o sujeito se encontra em observação clínica. Cumpre dizer que de nossa experiência, por vezes, nós nos colocamos a escutar, nos corredores das enfermarias ou nos arredores do prédio, os sujeitos em crises psíquicas derivadas de seu tempo de permanência no hospital, seja em tratamento, ou acompanhando os seus familiares (Costa, 2021; Zanetti, 2008; Pitiá & Furegato, 2009).

OFICINAS TERAPÊUTICAS

No que toca às oficinas terapêuticas, de acordo com Oliveira e Peres (2021), elas se dividem em geradoras de renda, alfabetização e expressivas. Sobre as primeiras, elas se relacionam à geração de produtos em sentido grupal e cooperado, do tipo culinária, artesanato, marcenaria, dentre outros, com o intuito de rentabilidade financeira. As segundas pretendem a alfabetização de pessoas analfabetas, incentivando a escrita e a leitura. E as terceiras são variadas em suas formas de viabilizar espaços de expressões diversas de linguagem, por meio da poesia, da música, da pintura, das artes plásticas, do teatro, da dança, do desenho, do corpo e etc. As oficinas terapêuticas são propostas a partir do levantamento das demandas dos sujeitos, evidentemente sob o seu consentimento, sendo parte das ações inscritas em seu PTS. Esse recurso também representaria uma inovação, aqui se pode ter alternativas, ou oficinas no próprio estabelecimento, ou o AT acompanharia a pessoa que usuária fora do hospital e com o devido retorno programado.

RODAS DE CONVERSAS

No que diz respeito às rodas de conversas, elas possuem o horizonte de confrontarem as estruturas hierárquicas de poder que existem nos grupos, centralizadas, muitas vezes, na figura de mestres e de líderes. A dinâmica de trabalho se organiza por meio da livre-circulação de palavras, focalizando em um assunto ou não, de modo a uma produção coletiva em um viés de interrogações, questionamentos, crítica e ressignificação de sentidos dados aos acontecimentos pessoais e comuns. A experiência, os costumes e as práticas culturais dos sujeitos são valorizados (Sampaio et al., 2014). As rodas de conversa fortalecem os vínculos entre as pessoas usuárias para amplificar a rede de apoio, em especial as que se sentem sozinhas e com dificuldade de laço social.

APOIO INSTITUCIONAL

O apoiador institucional, por sua vez, não se compromete, nem é a sua função originária, a atender clinicamente alguém em específico, no entanto, oferece-nos subsídios para pensar uma postura outra de trabalhador/a “psi” no campo da Saúde. Para tanto, sustenta-se em novos modos de gerir e de cuidar, pautados em valores de trabalho que consideram também as práticas coletivas, comunitárias, desejando que as pessoas em tratamento sejam coparticipativas em seus processos de “vir-a-ser-para-curar-se”. Introduzimos, nesse escopo, a coparticipação na gestão, vide as aberturas, por exemplo, que a Lei do Controle Social, Lei n.º 8.142/90 (Presidência da República [PR], 1990), permite-nos para isso (Paulon et al., 2014). O apoiador institucional circula e colabora nas reflexões e respostas às demandas, problemas e situações difíceis que provêm da realidade do hospital.

PRÁTICA “ENTRE VÁRIOS”

Por fim, dentre algumas sugestões de intervenções psicossociais, salientamos a Prática “entre vários”. Segundo Figueiredo et al. (2006), caracteriza-se por um trabalho coletivo de equipe nas instituições que recebem, e nelas existem casos graves de sofrimento psíquico, os quais necessitam do aporte da convivência para além das terapêuticas médicas. A orientação dessa estratégia clínica é psicanalítica e os seus três eixos são: (1) A reunião entre os trabalhadores da equipe como local e campo de fala, tendo por objetivo o sujeito do tratamento; (2) A escolha da referência terapêutica, função que é encarnada por alguém transferencialmente ligado, ou taticamente eleito, ao caso em questão; e (3) A psicanálise, referenciada em Lacan, é o instrumento clínico-teórico (Figueiredo, 2000).

Assim sendo, asseguramos que, em diferentes momentos de nosso trabalho no hospital, com os sujeitos em tratamento e junto aos colegas de equipe, foi possível nos posicionarmos operando com uma dessas ferramentas de Atenção Psicossocial. Por meio disso, precisamos que uma intervenção psicossocial que se preze se ancore numa tríade: **escuta-fazer rede-apoio institucional**, calcada no princípio de que, para que os sujeitos se vinculem às ofertas terapêuticas a eles destinadas, é preciso que haja uma rede de vínculos, com partilha de saberes e criação comum de trabalho, entre os atores institucionais. O conceito “Psicossocial”, nessa esfera, se sintetizaria em profundidade de integração e intensificação na escuta, bem como nas interlocuções de equipe intra e interinstituições. Igualmente, acrescentamos a esse propósito a ampliação das práticas individuais para as grupais de caráter coletivo nas gerações de saberes de novos

estatutos. Desse jeito, apresentamos um excerto de uma experiência clínica psicossocial em uma Unidade hospitalar.

Os referenciais que fundamentaram a escuta dos grupos foram inspirados nas práticas de trabalhadores da Saúde Mental, especificamente os localizados na Ética da Atenção Psicossocial – os movimentos de luta antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Costa-Rosa, 2013). No que diz respeito às experiências consolidadas, em organização de grupos de recepção, guiamo-nos pelos trabalhos de experiências publicadas pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Maron, 2000; Tenório, 2000; Figueiredo, 2000). Em relação ao posicionamento clínico, as teorizações de Abílio da Costa-Rosa (2013), sobre os grupos psicoterapêuticos, foram a referência primordial.

De acordo com Maron (2000), a recepção-escuta de grupo tem o valor de uma entrevista preliminar, a qual sugere uma verificação do sujeito perante o seu dito, deslocando-se de uma posição de impotência para uma posição de implicação subjetiva. É uma estratégia que viabiliza uma nova abordagem, de demanda de atendimento e espaço de vinculação cooperada entre a equipe. E, segundo Figueiredo (2000), a recepção pode ser o contato inicial da instituição com o sujeito que nela chega. Costa-Rosa (2013) vai mais além e crava os grupos de recepção e escuta como um significativo meio de ação em saúde, os quais têm em mente as diretrizes do SUS. Inserem-se como uma proposta passível de multiplicação de psicoterapias e interferência nas clássicas demandas dos circuitos doença-cura, queixa-internação e queixa-suprimento.

Na literatura disponível, não encontramos registros de práticas de recepção-escuta de grupo no hospital nos termos que se desenvolveu a nossa experiência. Foram atendimentos clínicos pontuais, em comparação aos individualizados, porém, demonstraram-nos uma promissora estruturação singularizada de escuta às queixas. Sobre depoimentos de pessoas que experimentaram o grupo psicoterapêutico, elucidamos as abstrações teóricas com a concretude do que estamos abordando. Escutamos uma mulher de aproximadamente 80 anos, ela estava internada pelo motivo de uma fratura no braço. Disse-nos que tinha depressão e que fez parte de um grupo psicoterapêutico, do qual gostou muito de participar. Contou-nos que fez uma terapia de regressão com um psicólogo na Comunidade Terapêutica (instituição de privação de liberdade de caráter religioso, costumeiramente católica ou evangélica), porém, não gostou. Destacamos a ela que talvez então fosse hora de poder apostar noutras formas de tratamento, mais protagonizantes. Respondeu-nos o “paciente” que atendemos:

“Ufa, que alívio, e eu me culpava por não ter gostado”. (Paciente 1)

Revelou que não sabia o que se passava consigo própria, intercedemos nessa ocasião e lhe dissemos que ela possuía um saber a ser trabalhado. Perguntou-nos o que acontecia com a pessoa quando ela tinha coisas importantes para dizer, mas não conseguia ir à terapia. Posicionamo-nos próximos ao argumento de que era justamente nesse momento que precisava ir.

Expomos ainda outra vinheta clínica, entramos em um quarto coletivo da enfermaria, no setor “Clínicas”. Em um rápido raciocínio, levando em consideração que não havia acompanhantes, somente os sujeitos do tratamento, apresentamo-nos e perguntamos sobre o que as trouxe ao hospital. Eugênia¹ respondeu que era a má circulação

do sangue, Cleusa disse que era o coração e Dirce confessou que foi internada em decorrência de um aborto espontâneo. Eugênia conseguia se pronunciar mais, revelou que tinha depressão e que a vinda dela ao hospital, com todos os problemas de saúde que possuía, não foi ao acaso. Disse-nos:

“as coisas vão se acumulando e quando vê, aqui estamos, é um cansaço mental que acaba com o nosso corpo.” (paciente 2, comunicado em situação de atendimento psicológico em um hospital do interior paulista, no dia 23 de novembro de 2018)

Dirce concordou, referindo que sentia um peso nas costas, carregava muitas coisas, “coisas que só a mulher acaba carregando”. Cleusa ficava quieta, assentia em tudo com a cabeça. Solicitamos que falassem do cansaço mental (significante ventilado por Eugênia) e de súbito fomos interrompidos por uma trabalhadora da cozinha, aliás, por vezes os atendimentos eram obstaculizados por conta dos procedimentos corriqueiros das equipes do hospital. Cleusa, ao que Dirce contou sobre se sentir sozinha em tudo, mencionou que se sentia sozinha longe dos pais, falou sobre isso em um tom emocionado. Eugênia, a mais velha das três que estavam no quarto, expressou que perdeu os pais havia tempo e ficou grávida do primeiro filho aos 15 anos de idade. Dirce mencionou o quão sofrida foi a vida dos seus pais.

Um ponto dos seus discursos que se despertou, principalmente em Eugênia, foi quando elas falavam de ansiedade e nervosismo. Por duas vezes, esses significantes foram veiculados na conversação com as três, como se todas sofressem e ficassem ansiosas da mesma forma. Decidimos, na última vez em que isso apareceu, interceder:

“Vocês falam como se o sofrimento de vocês fosse o mesmo em todas, como se vocês não tivessem a própria dor.”

Estatelaram os olhos ao escutarem a pontuação. Na urgência, o olhar era o que se destacava quando um discurso se abria para os sujeitos, levando-os a se interrogarem e a produzirem novos sentidos, fato curioso a nos convidar para refletir: e não são os discursos sem palavras? Percebendo que o trabalho estava sendo muito interrompido, por conta das medicações a serem aplicadas pela equipe de enfermagem, horário do café e de visitas, decidimos encerrar o encontro naquele instante. Frisamos que acreditávamos que elas poderiam se beneficiar do exercício de falar nos grupos psicoterapêuticos em funcionamento. Existiam grupos psicoterapêuticos sendo ofertados por psicólogos em certas UBS do município. Todas se interessaram, Eugênia, que inclusive era vizinha de uma dessas UBS, foi quem se empolgou mais com a ideia.

Observamos que, assim como nos atendimentos individualizados, os sujeitos nos grupos, ao pronunciarem a razão de estarem internados, ou dizerem sobre o que sofreram para irromperem no hospital, externalizavam uma demanda – dificuldades que extrapolavam as queixas relacionadas às agruras físicas de seus corpos. Nesses casos, acreditamos que a postura do psicoterapeuta terá de ser intercessora (como assim) e assumir a função de fazer surgir a palavra e deixá-la circular no grupo. Procurando conseguir o correspondente da associação livre e seus efeitos, ele precisa

(. . .) economizar as falas que possam fomentar a reciprocidade e complementaridade paralisante das associações espontâneas do próprio grupo. (. . .) Em suma, deve ser capaz de funcionar como caixa de ressonância que mantém no horizonte a ética do grupo como dispositivo autopoietico, e do sujeito como dono de sua própria cura (Costa-Rosa, 2013, p. 242).

A condução do tratamento é disposta num caminho em que os sujeitos consigam produzir os sentidos inconscientes relacionados ao recalcado das suas histórias particulares, podendo enveredar-se na produção de novas formas de abordar a experiência com o evento traumático. Evidenciamos assim que, do ponto de vista da Ética de uma intervenção psicossocial, enquanto proposta de ação nas Unidades hospitalares, existe o reconhecimento da escuta na modalidade de grupos como válida. Isso se apresenta como uma tática para a eliminação das grandes filas de espera, das pessoas que estão buscando por psicoterapias no SUS, ou mesmo para mobilizar a instituição de suas práticas repetitivas. É digno salientarmos, dessa maneira, que a criação de formas de tratamento em saúde, que são de base coletiva, está cunhada em um princípio que é avesso à doença-cura e sintoma-resposta. Defendemos, nessas condições, que a escuta de grupos é um dos meios de ampliação das ações da Psicologia Psicossocial Hospitalar (Costa, 2021; Costa & Costa-Rosa, 2021).

Nesse mesmo período de atuação na Unidade hospitalar, combinamos com o assistente social oferecer aos acompanhantes das pessoas internadas o que seria uma espécie de grupo de acolhimento. Em paralelo, não deixava de ter em paisagem o que poderia ser realizado junto aos colegas de equipe no hospital. O que poderia ou haveria de ser feito quanto a uma recepção-escuta de grupos, enquanto intervenção psicossocial, voltada para os trabalhadores? Bem, por vezes, em diálogos informais com colegas, ouvia seus relatos de sofrimento relacionados ao trabalho, a outros colegas, à ausência de reconhecimento em seus afazeres em suas funções, à família. E, em todas as situações que escutava tais confissões, a pergunta mencionada ecoava. Certo dia, fomos procurados pela coordenação de enfermagem para conversar, ela disse que queria que atendêssemos em psicoterapia os trabalhadores que apresentavam “conflitos”. De súbito, sugerimos que, ao invés de ficarmos somente com as psicoterapias, pensássemos em trabalhos de Educação Permanente (MS, 2005; Benevides & Passos, 2005; Santos Filho et al. 2009; Pasche, 2009), sob a ótica do SUS, podendo incluir o setor de Recursos Humanos nesse pedido. A supervisora gostou da ideia. Posterior ao diálogo, reunimo-nos com a direção e propusemos conduzir a implementação de um projeto de Educação Permanente no hospital. A direção aceitou e de imediato nos solicitou que marcássemos uma reunião com outros profissionais de sua confiança, a fim de colocarmos o projeto em andamento.

A despeito dos infortúnios, ou êxitos na escuta aos sujeitos em tratamento e investimentos em formas de cooperação entre os coletivos de trabalhadores com vistas à horizontalização das relações humanas, visualizamos com os fragmentos da experiência ao menos dois movimentos e tempos de ação para a Psicologia Psicossocial Hospitalar. No primeiro, refere-se ao posicionamento da/o psicóloga/o próximo dos sujeitos em sofrimento e que demandam serem escutados, seja na modalidade “um a um” ou em grupo. Acrescentamos que, nessas maneiras variadas de escuta psicológica hospitalar, há como finalidade ética uma tentativa de transformação da realidade social, no modo como aparece nas cenas do hospital, de atender as pessoas e compreendê-las alternativamente ao modelo médico hegemônico que é clássico no campo da Saúde.

Ao invés de entendermos as pessoas “internadas” e em tratamento, ou trabalhando rente às equipes médicas, como um receptáculo de prescrições farmacológicas e ordens para que condutas técnicas sejam acatadas sem contestação, apostamos no sujeito como protagonista de seus processos de saúde-adoecimento e confiamos em seu potencial criativo de diferenciar-se mesmo perante a massificação de tarefas que são exigidas na sociedade capitalista, estando esta em sua forma social no âmbito hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

QUEM É O PSICÓLOGO PSICOSSOCIAL HOSPITALAR?

Acreditamos no psicólogo psicossocial hospitalar como um agente intercessor, articulador de redes de contratualidade social, no desejo de possibilitar trocas entre pares, trocas socioculturais, afetivo-relacionais e subjetivas. É um trabalhador transdisciplinar que atua *in loco*, buscando criar condições para que os sujeitos se beneficiem dos efeitos de sua fala-escuta-saber-fazer. Ele investe em teias de interlocução com os demais profissionais que compõem outras equipes na Unidade, tendo em vista processos cooperados de trabalho que têm uma dinâmica transdisciplinar.

É um psicólogo que atua ocupando novos e diferentes espaços, dentro e fora do hospital: no intuito de formalizar projetos terapêuticos singulares, de alta-hospitalar, com os demais setores de Atendimento na Rede de Saúde, e estabelecer parcerias interinstitucionais. Se atendemos pessoas que vêm de um território, por que não confiarmos em possibilidades de desenvolver atividades terapêuticas com elas em seus próprios territórios? É curioso como, nessa perspectiva, podemos descobrir uma função diversa para a Psicologia Hospitalar em relação ao que é convencional. Por fim, o que nos significaria após um atendimento ou encontro com um colega de trabalho, seja superior hierarquicamente ou da mesma base de relação funcional, receber a proposta para realizar juntos um projeto singularmente diverso, diferente de tudo o que já se encontra na instituição?

E não podemos nos esquecer de dizer que, em seus deslocamentos, o psicólogo psicossocial hospitalar tem no horizonte e em seu desejo uma instituição que possa ser ela própria um local terapêutico em constante movimento de se autoanalisar, produzir autocrítica e processos participativos de cogestão no trabalho, com proposições para dispositivos significativos. Destaquemos as palavras “horizonte” e “desejo”, ambas em sua definição: não é a chegada, o destino final, o que está dado, garantido, mas é o que nos impulsiona para viver e caminhar.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: M.F.C.; **coleta de dados:** M.F.C.; **análise dos dados:** M.F.C., J.R.; **redação do manuscrito:** M.F.C.; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** J.R.

REFERÊNCIAS

Angerami-Camon, V. A. (1984). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar* (2a ed.). Traço.

- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>.
- Brasil. (1990). *Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 03 de julho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400010>.
- Chaplin, C. (Diretor). (1936). *Tempos modernos* [Filme]. Charles Chaplin Film Corporation.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Recuperado em 03 de julho de 2025, de <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>.
- Controladoria Geral da União. (2023). *Visão geral da distribuição por subárea (subfunção)*. Recuperado em 03 de julho de 2025, de <https://portaldatransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2023>.
- Costa, M. F. (2019). *Urgência e sujeito numa unidade hospitalar: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde*. Eduel.
- Costa, M. F. (2021). *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/11449/214756>.
- Costa, M. F. (2023). *Clínica e Psicologia no contexto hospitalar: contribuições da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva*. CRV.
- Costa, M. F., & Costa-Rosa, A. (2021). Considerações sobre a ampliação da intensão da psicanálise numa unidade de pronto atendimento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe2), e219208. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219208>.
- Costa-Rosa, A. (2012). Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. In G. H. Dionísio, & S. J. Benelli (Eds.), *Políticas públicas e clínica crítica* (pp. 15-31). Cultura Acadêmica.
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. Unesp.
- Costa-Rosa, A. (2019). Por que a atenção psicossocial exige uma clínica fundada na psicanálise do campo Freud-Lacan?. *Revista de Psicologia da UNESP*, 18(esp.),37-54. Recuperado em 03 de julho de 2025, de <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1542/1352>.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P. Amarante (Ed.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (pp. 13-44). Nau.
- Depole, B. F., Marcolino, T. Q., Oliveira, G. N., Cunha G. T., & Ferigato, S. H. (2022). Projeto terapêutico singular: uma visão panorâmica de sua expressão na produção científica brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(38), 1-25. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v14i38.73119>.
- Dhein, G. (2010). *Pausa! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Repositório Institucional. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/706>.
- Elia, L. (2010). Clínica e pesquisa na instituição pública de tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos. *Associação Psicanalítica de Curitiba em Revista*, (20), 87-108 <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-48435>.
- Figueiredo, A. C. (2000). Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. *Cadernos IPUB*, 6(17), 124-130.

- Figueiredo, A. C., Guerra, A. M. C., & Diogo, D. R. (2006). A prática entre vários: uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial. In A. Bastos (Org.), *Psicanalisar hoje*. Editora Contra Capa. Recuperado em 04 de julho de 2025 de <https://pt.scribd.com/document/526777748/texto-pratica-entre-varios-2006-1>.
- Galiego, A. H. B., & Costa-Rosa, A. (2018). Saber e conhecimento: uma reflexão acerca do dispositivo intercessor como modo de produção do conhecimento (DImpc). In R. F. Toledo (Ed.). *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas* (pp. 265-292). Instituto de Saúde.
- Gallego, P. B., Peres, R. S., & Gomes, L. R. S. (2023). Comunicação de más notícias: significados atribuídos por psicólogos hospitalares. *Revista da SBPH*, 26, e002. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v26.523>.
- Hubert, H. (2022). *Percurso para a análise prática psicossocial: ensaio sobre a transferência social*. CRV.
- Lacan, J. (2018). *Os não-tolos erram / Os nomes do pai: seminários entre 1973-1974*. Editora Fi. (Trabalho original publicado entre 1973-1974).
- Machado, L. R., Chamon, A. R. M., & Oliveira, C. B. (2024). Urgência subjetiva na UTI da Santa Casa de BH: contribuições da Psicologia Hospitalar. *Revista SBPH*, 27, e001. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.589>.
- Maron, G. (2000). Grupos de recepção: interrogando (n)os grupos. *Cadernos IPUB*, 6(17), 47-57.
- Ministério da Saúde (BR). (1986) *Conferência nacional de saúde: relatório final*. Recuperado em 03 de julho de 2025, de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>.
- Ministério da Saúde (BR). (2005). *A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização: projeto - PNH/2005-2006*.
- Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS*. Recuperado em 03 de julho de 2025, de https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.
- Neves, J. R., & Dittz, E. S. (2021). Percepção materna sobre grupo de reflexão durante internação do neonato na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, 24(2), 62-75. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.24.83>.
- Oliveira, A. L. M., & Peres, R. S. (2021). As oficinas terapêuticas e a lógica do cuidado psicossocial: concepções dos(as) coordenadores(as). *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(spe 4), e204609. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003204609>.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* (Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da reforma sanitária, pp. 269-290). Edufba/Fiocruz.
- Pasche, D. F. (2009). Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 19(4 Suppl 2), 33-41. Recuperado em 03 de julho de 2025, de <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1131>.
- Paulon, S. M., Pasche, D. F., & Righi, L. B. (2014). Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. *Interface (Botucatu)*, 18(suppl 1), 809-820. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0379>.
- Pitiá, A. C. A., & Furegato, A. R. F. (2009). O acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 13(30), 67-77. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>.
- Presidência da República. (1990). Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 03 de julho de 2025, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

- Rocha, T. A. B., Souza, V. F., Silva, V. F. D., & Almeida, A. C. O. (2022). A vivência do luto em familiares de pacientes internados pela COVID-19. *Rev da SBPH*, 25(2), 13-16. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.489>.
- Romano, B. W. (1990). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. Casa do Psicólogo.
- Sampaio, J., Santos, G. C., Agostini, M., & Salvador, A. S. (2014). Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface (Botucatu)*, 18(suppl 2), 1299-1312. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.
- Santos Filho, S. B., Barros, M. E. B., & Gomes, R. S. (2009). A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*, 13(supl1). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500012>.
- Silva, D. G., Schiavon, A. A., Carvalho, J. P., & Giacconi, C. H. (2021). Modos de enfrentamento de familiares de crianças em hospital geral. *Revista da SBPH*, 24(2), 187-202. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.24.93>.
- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 6(17), 79-90.
- Zanetti, C. E. (2008). O acompanhamento terapêutico (AT) no hospital geral: música e psicologia aplicada à saúde. *Rev da SBPH*, 11(1), 49-59. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.11.176>.

NOTAS

¹ Os nomes destes fragmentos clínicos são fictícios.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Mabel Krieger

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
