

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE  
JANEIRO

COORDENAÇÃO CENTRAL DE EXTENSÃO

Pós Graduação em Psicologia da Saúde

**A relação entre Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde:  
Da prática a discussões sobre a formação profissional**

Bárbara Albuquerque Pereira

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Issa Leal Damous



Bárbara Albuquerque Pereira

**A relação entre Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde:  
Da prática a discussões sobre a formação profissional**

Monografia apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia da  
Saúde como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista em  
Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Issa Leal Damous

Rio de Janeiro

Julho/2017

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha mãe, sem a qual seria impossível chegar até aqui;

Agradeço a meu pai e meu irmão por toda a compreensão e força;

Agradeço ao Guilherme, meu sobrinho, por me fazer querer ser cada dia melhor;

Agradeço à Issa Damous, por toda a preciosa orientação, paciência e dedicação ao longo da elaboração desta monografia;

Agradeço a todos os profissionais da instituição na qual realizei meu estágio, por me acolherem e ajudarem ao longo do caminho;

Agradeço a Maria Cláudia Messias, Marcela Franzen, Marcela Abreu, Daiane Mello por me acompanharem desde os meus primeiros passos na pesquisa, por toda amizade, paciência e incentivo, mesmo que de longe;

Agradeço a Mariana Ribeiro e a Priscila Mizael por toda a companhia, apoio e por ajudarem a tornar as sextas mais leves e prazerosas;

Agradeço ao Leandro Cristóvão por sempre estar disponível, ter uma palavra de carinho e incentivo, sempre com muita paciência, mesmo quando a minha acaba;

Agradeço a Katia Aguiar, por todo o apoio, mesmo nos momentos mais difíceis;

Agradeço a todos os professores que de alguma maneira contribuíram para a minha formação, cada passo dado foi imprescindível para que eu chegasse até aqui;

Por fim, agradeço a todos que passaram pela vida acadêmica, profissional e pessoal e me ajudaram a chegar onde estou, por todos aqueles que me acompanham todos esses anos e me dão forças para sempre caminhar.

## **Resumo**

O número de psicólogos trabalhando no campo da saúde vem crescendo no Brasil, e atualmente há duas especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, voltadas para estes profissionais. Estas duas especialidades, apresentam pontos de afastamento, relacionados a dimensão do cuidado e de aproximação, através de uma clínica ampliada que busca olhar o sujeito de maneira integral, respeitando sua subjetividade, buscando sua autonomia e protagonismo. No entanto, apesar do ingresso cada vez maior de psicólogos nos setores da saúde, nem sempre a formação acompanha esta prática. A lacuna encontrada na formação dos futuros psicólogos e apontada nas publicações necessita ser repensada e discutida, para que a prática também possa ser repensada e aprimorada. Desta forma, esta monografia visa colaborar com as publicações da área, buscando suscitar questionamentos acerca da graduação em Psicologia, no que diz respeito à atuação no campo da saúde e das pesquisas realizadas nesta área.

**Palavras-chave:** Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar, clínica ampliada, formação.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO	Pag. 5
2. A PSICOLOGIA HOSPITALAR	
2.1. A importância do trabalho interdisciplinar no campo da prática	Pag. 7
2.2. História, resoluções e atuação	Pag. 11
3. PSICOLOGIA DA SAÚDE X PSICOLOGIA HOSPITALAR	
3.1. Uma problemática	Pag. 19
3.2. A clínica ampliada	Pag. 23
3.3. Cuidado e integralidade	Pag. 25
4. A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL PSI	Pag. 29
4.1. Ênfase na atenção à saúde: indo além do consultório particular	Pag. 30
4.2. Por uma formação que comporte o campo da saúde ampliada	Pag. 34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Pag. 37
6. REFERÊNCIAS	Pag. 39

*Sem amor não há como trabalhar em psicologia hospitalar, mas só com amor também não é possível. O amor e a razão são como as duas asas de um pássaro: necessárias.*

Simonetti, 2014, p. 35

## 1.

### Introdução

O curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) possui em sua grade curricular estágios que buscam inserir os alunos no campo da prática da área da saúde, assegurando uma vivência que se mostra em diversos níveis diferente da teoria. Foi através desta prática profissional e da diferença entre esta e as teorias aprendidas, que surgiu o interesse por este tema tão complexo, que tange não só as diferenciações e aproximações entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar, mas também a clínica ampliada e a integralidade enquanto diretrizes contemporâneas da atuação em saúde, além da própria formação do psicólogo. Nesse contexto, é preciso assinalar que, através da inserção em atividade hospitalar, emergiram questionamentos acerca da graduação em Psicologia, da atuação no campo e do trabalho essencialmente multi, inter e transdisciplinar que se produz na saúde.

Desta maneira, esta monografia visa, a partir da prática clínica em hospital, das definições do Conselho Federal de Psicologia, de suas resoluções e de literatura acerca do tema, problematizar a formação do psicólogo no que diz respeito à sua atuação na área da saúde, destacando-se especificamente a prática do psicólogo hospitalar. Torna-se importante, no entanto, compreender, ainda que brevemente, as denominações Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, para que se entenda o tipo de trabalho realizado pelo psicólogo nestes campos e, assim, entender o que se busca deste profissional e de sua formação no setor da saúde, especialmente pública.

O relatório produzido em 2006 sob a coordenação de Mary Jane Spink – *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (2006), nos aponta que existem mais de catorze mil psicólogos atuando vinculados ao Sistema Único de Saúde no Brasil, além de aproximadamente novecentos atuando em instituições não vinculadas ao SUS. Conhecendo esses dados, torna-se cada vez mais imperativo pensar qual o papel que o profissional psicólogo ocupa dentro de uma instituição de saúde. Qual o espaço que existe para

o psicólogo dentro do sistema de saúde? Quais as funções que se espera deste profissional inserido em um hospital? Como está a formação deste profissional para atuar neste campo?

Com base nestes questionamentos, justifica-se a importância deste trabalho por buscar estabelecer uma comunicação entre as políticas públicas de saúde no Brasil e uma certa atuação da psicologia que vem se difundindo cada vez mais, a saber, a prática na saúde, principalmente no hospital. Objetiva-se, assim, trazer novos dados para discussão e crescimento da produção acadêmica em Psicologia da Saúde e Hospitalar, visto que, conforme afirma Chiattonne (2001), ainda existem lacunas na produção desta área, que necessitam ser preenchidas a fim de contribuir com a formação dos profissionais psicólogos para atuação na saúde.



## 2.

### A Psicologia Hospitalar

#### 2.1.

##### A importância do trabalho interdisciplinar no campo da prática

A partir do estágio vinculado ao curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da PUC-Rio, pôde-se perceber o quanto ainda precisamos avançar em termos da formação do profissional psicólogo para atuar na área da saúde, especificamente no campo da Psicologia Hospitalar, no qual a interdisciplinaridade precisa fazer parte do cotidiano da prática. Silva (2003) aponta que a multidisciplinaridade vem sendo proposta como alternativa às especializações, derivando de dois fatores essenciais: a necessidade de integrar o homem e o reconhecimento da multicausalidade do processo saúde-doença.

Conforme colocam Fossi e Guareschi (2014), a necessidade do olhar de diferentes profissionais da saúde é relatada por médicos e demais funcionários do hospital, reconhecendo que o paciente é mais do que um corpo físico. A formação de uma equipe multidisciplinar passa, portanto, pelas necessidades do paciente, não tendo uma configuração específica e imutável, sendo a integração entre seus membros

imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance a plenitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável (FOSSI e GUARESCHI, 2014, p. 31)

Tanto a multicausalidade do processo saúde-doença quanto a visão integral do homem nos remetem ao modelo Biopsicossocial, que vem se opor ao modelo Biomédico, no qual a doença possui uma causalidade linear. Bruscato et al (2010) afirmam que é inquestionável a influência do modelo Biopsicossocial na atenção à saúde e na formação das equipes:

Ao longo do século XX, o desenvolvimento desse modelo [biopsicossocial] permitiu uma nova organização dos profissionais da saúde, que evoluiu, de um sistema tradicional centrado no médico e que visava à cura da doença, para um modelo de “time” que inclui diferentes categorias profissionais, cada uma com conhecimento, habilidades técnicas e perspectivas distintas, e que têm, como objetivo, a promoção da saúde. (BRUSCATO et al, 2010, p. 33)

Esse trabalho em conjunto pode ser classificado em multidisciplinar ou interdisciplinar, variando conforme o nível de integração da equipe no cuidado ao paciente. De acordo com Bruscatto et al (2010), na equipe multiprofissional há a avaliação de forma independente pelos vários profissionais que assistem o paciente, e implementação dos tratamentos também de forma independente. Nesta modalidade de equipe “ocorre uma agregação sucessiva ou concomitante de recursos de várias disciplinas para uma determinada tarefa, sem um verdadeiro trabalho coordenado de equipe e sem uma identidade grupal” (BRUSCATO et al, 2010, p. 35). Já a equipe interdisciplinar seria caracterizada por uma superação das fronteiras disciplinares e o desenvolvimento de uma ação colaborativa entre seus membros. Assim, nesse viés de trabalho, as etapas de avaliação e planejamento do tratamento seriam feitas de forma conjunta entre os diferentes profissionais, de maneira coordenada.

No entanto, reunir diferentes categorias profissionais em prol de uma mesma tarefa – no caso da saúde, trata-se da assistência ao paciente, não é nada simples. Silva (2003) levanta dois questionamentos acerca do trabalho em equipe interdisciplinar: “Como articular as diferentes disciplinas que norteiam a prática dos diferentes profissionais? Como integrar os saberes?” (SILVA, 2003, p. 75). Essas dúvidas foram vivenciadas no dia-a-dia do estágio, incluindo-se a questão do prontuário, que passa também por um posicionamento ético: até que ponto o psicólogo pode abrir o que foi relatado pelo paciente aos outros membros da equipe? Qual o limite entre a exposição do paciente e divulgar informações necessárias ao tratamento e recuperação? A linguagem utilizada pelos profissionais também é uma dificuldade apontada por Bruscatto et al (2010), pois a utilização de termos muito específicos de cada disciplina pode representar uma barreira à comunicação e, conseqüentemente, uma barreira a um trabalho mais integrado e interdisciplinar. Apesar desses questionamentos inerentes à prática

cotidiana, conforme dito acima, o trabalho em conjunto com diferentes saberes se faz imperativo e necessário dentro da área da saúde.

Tendo em vista essa necessidade prática cotidiana de trabalho multi e até interdisciplinar, a atuação dentro de uma equipe de cirurgia geral em um hospital da rede municipal do Rio de Janeiro despertou questionamentos que atravessam a formação dos psicólogos em termos de teoria e preparo para o trabalho em conjunto com outros profissionais nesse campo da prática. Por ser uma referência no atendimento de urgência, o referido hospital recebia pacientes vindos de diferentes localidades do Município, com problemas diversos.

De fato, muitos pacientes chegavam até a emergência da instituição com fortes dores, sem indagação de diagnóstico. Após submeterem-se a diferentes tipos de exames, eram diagnosticados com câncer, em sua grande maioria de intestino – por tratar-se de um setor de cirurgia geral, especialmente tronco e abdômen. Percebe-se já neste ponto a pouca informação e pouca cultura em relação à intervenção psicológica dentro do hospital; pois apesar de existir uma psicóloga lotada no setor, além de outros na instituição (incluindo-se a emergência), a psicologia raramente era chamada no momento do diagnóstico, ou até mesmo após, prevalecendo o hábito “de apagar incêndio”. Nesta cultura de “apagar incêndio” a psicologia era chamada quando o paciente começava a “dar problema”, causando algum tipo de transtorno dentro do setor, incomodando a equipe com diversas solicitações, recusando-se a algum procedimento ou medicamento, ou ainda importunando os outros pacientes da enfermaria. O psicólogo então seria solicitado a resolver a situação imediata de conflito, estancando o problema.

Entretanto, durante o estágio, sempre que possível o apoio era realizado mesmo sem a solicitação de médicos ou enfermeiros, passando-se leito a leito, conhecendo a história do paciente e o porquê de sua internação, avaliando-se os recursos internos que possuía ou deixava de possuir para enfrentamento de sua realidade. É possível observar esse ponto em dois casos específicos, nos quais a psicologia não foi acionada pela equipe médica, mas fez-se presente pelo trabalho de rotina. Nesses dois casos, ambos câncer de estômago, a psicologia aproximou-se do paciente pelo trabalho leito a leito, além do acompanhamento semanal da

reunião da equipe médica com a família. Os pacientes encontravam-se internados no setor para realização de cirurgia, que removeria parte ou todo o tumor, e posterior acompanhamento em outra unidade da rede, para continuidade do tratamento. Todavia, após passarem pelo centro cirúrgico, constatou-se que a cirurgia para retirada do tumor não era possível, visto que o mesmo havia invadido outras estruturas. Não havia, então, nada a ser feito do ponto de vista cirúrgico, apenas encaminhamento para outras unidades onde seriam realizadas quimioterapias e radioterapias, com fins paliativos, de acordo com a avaliação do oncologista.

Os pacientes encontravam-se, desse modo, frente a frente com o desconhecido, onde a ameaça de morte era quase palpável. Mesmo diante desse quadro, a psicologia não foi acionada, nem para o trabalho com os pacientes, nem com a família. No entanto, a escuta foi feita. Com um dos pacientes conseguiu-se trabalhar a adesão ao tratamento, o outro, porém, mostrou-se resistente desde o princípio, inclusive direcionando um questionamento à psicóloga sobre “o que ela faria no lugar dele”. Nesse caso, o trabalho então foi feito com uma pessoa da família, funcionária do hospital, buscando dar suporte à rede de apoio do paciente. O paciente mantinha algumas visitas de rotina no hospital logo após a alta, nas quais a psicologia também não foi chamada para o trabalho de escuta que poderia possibilitar a adesão ao tratamento ou ao menos o alívio da angústia. Até quando se soube, o paciente não deu seguimento aos tratamentos paliativos.

Contudo, a continuidade e persistência na troca com os membros da equipe médica, especialmente residentes, facilitou que alguns poucos passassem a solicitar a psicologia em um momento de diagnóstico, ou mesmo após, para dar suporte ao paciente. Este posicionamento possibilitou um trabalho interdisciplinar com alguns médicos, oferecendo um cuidado mais integral aos pacientes e familiares.

Um caso que ilustra como o trabalho interdisciplinar é benéfico ao paciente e à família é o de uma paciente, internada inicialmente para uma colecistectomia (retirada da vesícula biliar, devido a cálculos), que após a realização de exames mostrou-se ser, na verdade, um tumor. No início dos atendimentos a paciente encontrava-se lúcida, orientada e cooperativa com a

psicóloga, porém, o maior trabalho de escuta sempre era com a filha da paciente, que a acompanhava todos os dias. Após observação de piora do quadro clínico da paciente e discussão de caso com o residente responsável, iniciou-se com essa filha um trabalho de luto antecipatório, em conjunto com seu médico. Poucos dias após, a paciente veio a óbito. Meses depois a filha da paciente retorna ao setor de cirurgia geral do hospital, desta vez acompanhando o irmão, também internado para realizar uma colecistectomia. Ao entrar na enfermaria a psicóloga é reconhecida pela acompanhante, que afirma a importância que a intervenção realizada teve para a elaboração de seu processo de luto em relação à perda de sua mãe.

Percebe-se, então, que o trabalho interdisciplinar com a equipe médica é possível, mas para isso o psicólogo precisa ter claro seu papel e sua importância dentro da instituição, compreendendo as intervenções que devem ser realizadas. Mas será que os psicólogos compreendem o papel que devem desempenhar quando estão dentro de uma instituição hospitalar? Quando não é solicitado pela equipe, o profissional psicólogo entende sua função dentro do cuidado ao paciente e família?

A partir destes questionamentos busca-se, conforme dito anteriormente, questionar a própria formação do psicólogo para atuação na saúde. Assim, apresenta-se a seguir um panorama geral sobre a Psicologia Hospitalar, com o intuito de contextualizar a atuação profissional do psicólogo inserido neste campo.

## **2.2. História, resoluções e atuação**

De acordo com Azevêdo e Crepaldi (2016), o termo “psicólogo hospitalar” – e, por extensão, a psicologia hospitalar – é apenas uma referência ao campo de atuação, denominando aqueles profissionais que atuam dentro de uma instituição que abriga sujeitos que vivenciam processos de doença e hospitalização. Porém, a atuação do psicólogo hospitalar ou a psicologia hospitalar tem uma perspectiva bem mais abrangente.

Basta considerar o fato de que, ao ser internado, o paciente vivencia situações novas e desconhecidas, que muitas vezes se apresentam como assustadoras. Angerami-Camon (2013) nos atenta para a despersonalização que normalmente ocorre aos pacientes hospitalizados, processo através do qual o sujeito é despido de tudo aquilo que lhe garante sua individualidade: roupas, rotinas, relações sociais, em alguns casos até mesmo seu nome, passando a ser conhecido por seu número de prontuário, leito ou doença. A despersonalização ocorreria, desse modo, potencialmente a todos os pacientes, em maior ou menor grau, visto que todos são desprovidos, em algum momento de sua hospitalização, de elementos que os caracterizam e individualizam. Buscar minimizar os efeitos deste processo passa, então, através da escuta e da implicação do sujeito em seu próprio processo saúde-doença, a ser um dos objetivos do psicólogo que atua em instituições hospitalares. Do mesmo modo, de acordo com Simonetti (2014), a psicologia hospitalar seria aquela que busca entender e tratar os aspectos psicológicos que cercam o adoecimento, tanto cuidando do sujeito que adocece quanto da equipe que o assiste, assim como de seus familiares, do adoecimento orgânico ou psicossomático.

De acordo com Azevêdo e Crepaldi (2016), os primeiros profissionais inseridos no hospital atuavam fundamentados em uma psicologia clínica tradicional – o modelo de consultório, que possui diferenças não só em relação ao *setting*, mas também em como o paciente chega até o psicólogo, normalmente por busca espontânea. Porém, essa transposição do modelo não se mostrou satisfatória para atender àquela população que apresentava demandas tão específicas, além da necessidade dos profissionais de trocar experiências e dados de pesquisa. De fato, embora o psicólogo encontre-se inserido nos hospitais desde a década de 50 (ROMANO, 1999; AZEVÊDO e CREPALDI, 2016), uma movimentação efetiva dos profissionais em termos de troca de experiências só se realiza na década de 80, com o I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar. Segundo Angerami-Camon (2002) no Brasil, os primeiros atendimentos em psicologia hospitalar de fato foram realizados por Mathilde Neder em 1954, na clínica ortopédica e traumatológica da Universidade Federal de São Paulo (HC-FMUSP).

Quanto às publicações que, por sua vez, facilitam a troca de experiências, avanços nas pesquisas e consolidação de uma literatura especializada, Angerami-

Camon foi o pioneiro. Além disso, cursos de especialização começaram a surgir, como o curso de Psicologia Hospitalar da PUC-São Paulo, fundado em 1977 e ministrado por Belkiss Romano (AZEVEDO e CREPALDI, 2016).

Vale notar que a especialização em psicologia hospitalar é exclusiva do Brasil (CASTRO e BORNHOLDT, 2004; AZEVÊDO e CREPALDI, 2016), enquanto que, internacionalmente, a especialidade que mais se aproximaria desta prática é denominada Psicologia da Saúde, apesar de possuírem diferenças (CASTRO e BORNHOLDT, 2004). No Brasil, a especialidade é reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) desde 2000, com base na resolução nº 014/2000 que institui o título de especialista em Psicologia Hospitalar. Em resolução mais recente, o CFP assim define essa especialidade pelo seu campo de atuação:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. (CFP, Resolução nº02/01)

Conforme mencionado neste trecho da resolução do CFP, além de capacitação de profissionais em sua área, o psicólogo hospitalar pode atuar diretamente com o paciente na assistência especializada (secundária ou terciária), auxiliando-o a buscar recursos que o ajudem no sentido de alcançar um bem estar físico e emocional. Este tipo de ajuda pode ser necessário no próprio processo de hospitalização do paciente, mas também indiretamente como no caso da filha da paciente que foi a óbito, ou nos casos em que foi trabalhada a adesão ao tratamento.

O olhar para a equipe também é importante, pois irá refletir nos cuidados desta para com o paciente. Quando o médico “perde” um paciente, isso pode mobilizar questões internas, assim como de formação – os médicos são treinados para salvar vidas e “perder” um paciente pode significar um abalo em como aquele profissional se vê em relação à sua competência. Um dos questionamentos levantados por um médico residente da equipe de cirurgia geral durante uma reunião foi exatamente o posicionamento diante da morte e do sofrimento daqueles que estão internados. Mobilizar-se ou não com essas questões, ser afetado pela dor do outro, ainda parece apresentar-se como um tabu dentro da comunidade médica. Isto nos faz atentar para o campo da subjetividade que não está dissociado do desempenho profissional, e demonstra o quanto é importante a inserção de um psicólogo capacitado para acolher e ouvir as angústias também da equipe, sobretudo viabilizando a continuidade do trabalho.

Continua a resolução do CFP sobre a atuação do psicólogo hospitalar:

Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. [...] (CFP, Resolução nº02/01)

Para que o psicólogo possa cumprir tanto a tarefa de “avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes” (cf. CFP, Resolução nº02/01) quanto de escuta aos médicos, enfermeiros e outras categorias, é necessário estabelecer um laço de confiança com os outros profissionais, para que essas intercorrências cheguem até ele com tempo hábil para serem trabalhadas e a equipe se sinta confortável em expor seus medos e angústias. Logo, o bom relacionamento do psicólogo com a equipe multiprofissional é de fundamental importância para a divulgação e o bom andamento de seu trabalho dentro do hospital, e quem sabe até mesmo para articular intervenções interdisciplinares. A resolução ressalta como a função do psicólogo inserido em uma equipe



multiprofissional é também dar voz à equipe, familiares e pacientes, acolhendo-os em seus processos, buscando facilitá-los. A escuta permite observar possíveis pontos de conflito, ajudando a solucioná-los se possível antes de ocorrerem.

Certamente, os conflitos podem acontecer em todas as relações presentes em um hospital – equipe/equipe, equipe/paciente, equipe/familiares, familiares/paciente, paciente/paciente, familiares/familiares. A intervenção na relação paciente/paciente por exemplo pode ser feita na enfermaria, atentando-se não só para os conflitos da relação, mas também estimulando-se uma rede de apoio entre pessoas que estão em situações semelhantes, assim como os familiares na sala de espera.

Percebe-se na prática que o olhar e a escuta do psicólogo dentro da instituição hospitalar podem auxiliar muito a relação equipe/paciente na medida em que trabalha ajudando o paciente a compreender os procedimentos que serão realizados, minimizando assim a angústia frente ao desconhecido. Um paciente que seria submetido a uma colostomia (abertura cirúrgica de uma cavidade abdominal, na altura do intestino, para colocação de uma bolsa na qual serão recolhidas as fezes), não possuía instrução suficiente para apreender o que foi passado pelo médico residente que o acompanhava. Ao checar com o paciente sua compreensão do processo, percebeu-se que o mesmo não possuía clareza sobre a cirurgia. Foi solicitada então, pela psicóloga, uma consulta conjunta com o médico residente responsável pela cirurgia, visando esclarecer melhor o paciente e sanar possíveis dúvidas, o que foi fundamental para minimizar a angústia do paciente frente à cirurgia.

A questão dos diagnósticos também merece ser discutida. É preciso cuidado ao profissional psicólogo para não se deixar levar pela lógica biomédica que tende a prevalecer nas instituições hospitalares e estabelecer um diagnóstico para todos os pacientes, entrando na armadilha de saber a verdade absoluta sobre o outro a partir de um conjunto de sintomas. Simonetti (2014) afirma que o diagnóstico significa uma hipótese de trabalho, que auxilia o psicólogo a ter um norte para guiar seu tratamento, mas que não está relacionado à verdade dos fatos. Existem doenças como a AIDS ou o próprio câncer, que ainda são estigmatizadas em nossa sociedade e com isso trazem uma delicada carga emocional para o

paciente. É importante que o profissional psicólogo saiba que não está lá para discutir questões pertinentes ao diagnóstico médico, como sintomas, opções de tratamento e prognóstico, nem para dar o diagnóstico ao paciente. Como profissional que trabalha com os significados e significantes, cabe ao psicólogo escutar o paciente e trabalhar com ele a subjetividade por trás do diagnóstico, o que o paciente compreende e como ele enxerga seu momento atual e futuro. É essencial escutar a verdade do paciente sobre a própria doença:

Não é preciso descobrir qual “a verdade” de uma doença para que possamos ajudar um paciente a enfrentá-la. Basta descobrir a verdade do paciente sobre essa doença, isso sim é essencial. O psicólogo trabalha com o sentido das coisas, não com a verdade das coisas. (SIMONETTI, 2014, p. 34)

Assim, é preciso que o psicólogo esteja sempre atento para a fala do sujeito, buscando compreender o que a situação vivenciada significa para ele. Como o paciente sente e interpreta o que vivencia? Como é possível auxiliá-lo para que sua angústia seja minimizada? Além da despersonalização, já comentada anteriormente, existem psicopatologias que podem ser desenvolvidas pelo paciente hospitalizado, como a depressão. Simonetti (2014) afirma que a depressão é uma reação esperada frente à doença, no entanto, é preciso estar atento para a gravidade do quadro.

Ao receber um diagnóstico o paciente é levado a encarar a realidade de seu estado, deixa de ser um conjunto de sintomas e passa a ter algo que possui nome – câncer, Aids, diabetes, e que muitas vezes o remete à uma finitude, como o caso do câncer, levando-o a um quadro reativo de depressão. Assim, compreende-se que o paciente diante de um diagnóstico de doença crônica e/ou estigmatizante como o HIV positivo, pode experimentar estágios diferentes de enfrentamento: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, tal como estudados por Kubler-Ross (2008).

É possível, desse modo, haver uma negação inicial ao diagnóstico, período durante o qual é importante que o psicólogo que assiste o paciente e a equipe de saúde de uma forma geral estejam atentos e não procurem impor o diagnóstico, exigindo dele uma aceitação e compreensão imediata, mas escutem e acolham aquela negação como parte de um processo. Da mesma maneira, a raiva que

muitas vezes o acomete não é direcionada à equipe, mas a doença em si. A barganha, embora algumas vezes possa não ser identificada com clareza, também pode se apresentar, como explica Kubler-Ross (2008, p. 89):

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma “meta” auto-imposta (por exemplo, um show a mais, o casamento de um filho) e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. [...] Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita. Portanto, seria bom se as observações feitas por esses pacientes não fossem menosprezadas pela equipe hospitalar.

Dessa forma, um paciente diagnosticado com câncer, por exemplo, pode barganhar sua total recuperação com a promessa de se exercitar mais, se alimentar melhor, perdoar alguém, ou qualquer outro motivo que ele associe ao seu estado atual de doença, sem que tenha necessariamente uma relação de causa e efeito. Por fim, pode ocorrer a aceitação de sua condição, fase na qual normalmente o paciente contribuirá com o tratamento.

É necessário salientar que assim como ocorre no processo do luto, todas as fases indicadas por Kubler-Ross (2008) podem se apresentar – negação, raiva, depressão, barganha e aceitação, ou algumas podem ser “puladas” ou “adiantadas”. Por tratar-se de um processo individual e subjetivo, nem todos os sujeitos passam por estas fases da mesma maneira, na mesma ordem, nem permanecem em cada uma a mesma quantidade de tempo. A classificação das fases ocorre muito mais em termos didáticos, o que ordena os estágios do processo de luto é a subjetividade do sujeito, sua história e como ele se posiciona diante dela.

Contudo, Simonetti (2014) alerta para situações em que o quadro de depressão torna-se um estado, ou seja, o paciente se encontra em uma depressão mais profunda, sendo preciso avaliar a necessidade de um tratamento medicamentoso complementar. Sendo assim, nesse contexto de possíveis intercorrências psíquicas, o trabalho em equipe funciona como uma via de mão-

dupla: é preciso saber quando o psicólogo deve ser chamado, assim como o psicólogo deve saber quando acionar a equipe médica.

Outras atribuições ao psicólogo são também definidas na resolução nº02/01 do CFP, mas pode-se perceber que o exercício das funções está direcionado para a prática dentro da instituição hospitalar. De acordo com a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH, esta resolução do CFP contribuiu para dar maior reconhecimento a esta área de atuação, além de elencar as funções que o especialista poderá exercer, contribuindo para desenhar este campo ainda recente. Fongaro e Sebastiani (2013) lembram, no entanto, que a Psicologia Hospitalar ainda se encontra em construção contribuindo para os diversos questionamentos levantados ao longo deste capítulo sobre a atuação do psicólogo dentro do hospital.

De todo modo, é possível verificar que em se tratando de psicologia hospitalar hoje, percebemos diversos avanços, apesar do espaço destinado aos profissionais de psicologia dentro das equipes ainda estar em formação. Certamente o reconhecimento do CFP desta especialidade possibilitou uma regulamentação que lança luz sobre a prática profissional, auxiliando aqueles que estão em busca deste caminho. Entretanto, percebe-se que ainda há aqueles que tomam a Psicologia Hospitalar e a Psicologia da Saúde como sinônimos. Com isso, busca-se no próximo capítulo relacionar estas duas áreas de atuação.

### **3. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar**

A Psicologia possui diversas áreas de atuação, podendo o profissional atuar tanto em seu consultório quanto em diferentes instituições, como empresas, escolas, hospitais, clínicas, sistemas prisionais, entre outros. Conforme a profissão foi se desenvolvendo e abarcando novos campos, novos saberes, o psicólogo pôde inserir-se em variados contextos sem, no entanto, perder de vista a subjetividade. Para Angerami-Camon (2014) é complexo estabelecer uma definição de Psicologia que agrade a todos os profissionais e linhas teóricas. De acordo com o autor, “o campo da psicologia é dividido, em geral um tanto arbitrariamente, em diferentes áreas, cada qual com seu estilo próprio” (ANGERAMI-CAMON, 2014, p. 1). Dentre essas diferentes divisões que existem, podemos citar duas: a Psicologia Hospitalar e a Psicologia da Saúde que, apesar de alguns pontos em comum possuem, segundo Castro e Bornholdt (2004), diferenças que vão além da denominação.

#### **3.1. Uma problemática**

Psicologia da Saúde se classifica como um grande “guarda-chuva”, debaixo do qual podem ser agrupados todos os profissionais psicólogos que atuam em setores da saúde, abarcando as atenções primária, secundária, terciária e quaternária. Assim, sob o rótulo de psicólogo da saúde é possível ao profissional atuar tanto na prevenção, como por exemplo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) quanto na atenção especializada, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA). Segundo Angerami-Camon (2014), as fronteiras de atuação da psicologia da saúde são abrangentes, englobando conforme dito acima, todas as fases de atendimento ao paciente e indo além, com intervenções no próprio campo social do paciente. Nesse universo de fronteiras abrangentes da Psicologia da Saúde, Torezan et al (2013) assim localizam a Psicologia Hospitalar:

no amplo contexto da Psicologia da saúde, a Psicologia hospitalar se caracteriza no Brasil como uma especialidade em notável crescimento e que demanda o exercício de habilidades específicas e variadas dos profissionais”(TOREZAN et al, 2013, p. 133).

Partindo desta afirmação, podemos inferir que a Psicologia Hospitalar – ou o trabalho dos psicólogos no hospital, estaria contida nas atividades possíveis ao psicólogo da saúde.

Sendo então a Psicologia da Saúde mais ampla do que a Psicologia Hospitalar nos cabe indagar o porquê da segunda área de atuação, mais limitada, possuir título de especialista pelo Conselho Federal de Psicologia há dezessete anos, além de diversos cursos de extensão e pós-graduação, e a primeira, que constitui um fértil campo de atuação, ter sido reconhecida como especialidade pelo CFP há apenas um ano – de acordo com a Resolução nº 03/2016, que altera a resolução nº 013/2007, que institui a consolidação das resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Esse questionamento é feito também por outros autores, como Castro e Bornholdt (2004) que discutem essa questão ressaltando o hospitalocentrismo que marca as políticas de saúde no Brasil:

Para que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitaria). Nessa época, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, idéia que, de alguma maneira, persiste até hoje. (CASTRO e BORNHOLDT, 2004, p.50)

Com isso, não é possível compreender e analisar de maneira crítica a popularização, no Brasil, da Psicologia Hospitalar em detrimento da Psicologia da Saúde, sem buscarmos compreender de forma mais ampla como é culturalmente

construído o campo temático sobre a saúde dentro de nossa sociedade, e como se articula à atuação do profissional psicólogo:

Historicamente, a atuação dos psicólogos e das psicólogas estava restrita à Psicologia aplicada, executada em consultórios particulares, escolas e empresas, cujo acesso estava restrito àqueles que dispunham de recursos para custear o trabalho dos psicólogos e das psicólogas. Contudo, a atuação dos psicólogos e das psicólogas em questões sociais propõe um paradigma ao trabalho “identificando claramente o papel do psicólogo a realidade brasileira”. Este é um dos fatores que contribuíram para o surgimento do conceito de Compromisso Social da Psicologia, isto é, uma prática comprometida com a realidade social do país. Nasce aqui uma ponte que liga a Psicologia às políticas públicas. (CFP, 2011, p. 9)

Atualmente a concepção de saúde engloba mais do que a ausência de doenças e o cuidado com a saúde vai além de tratar os sintomas (RIBEIRO, 2014). Esta mudança no conceito de saúde pode ser observado já na Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que aconteceu em 1986 e tornou-se um dos pontos importantes para o surgimento do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). No relatório da 8ª CNS já fica clara a necessidade de transformação do conceito de saúde:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar a Reforma sanitária. (CNS, 1986, p. 10)

Esse conceito amplo de saúde englobaria então a seguinte ideia:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de

tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (CNS, 1986, p. 12)

Desse modo, percebe-se que a saúde passa por diferentes setores da vida do indivíduo compreendendo, como definido pela OMS, um completo bem estar físico, mental e social. Esta ampliação do conceito de saúde abriu espaço para outras transformações, dentre elas a transformação do conceito biomédico para um conceito biopsicossocial, que ainda se encontra em andamento. Este novo modelo coloca em cena os aspectos psicológicos e sociais nas discussões em saúde e facilita a entrada da Psicologia neste cenário. Campos (2012) ratifica, afirmando que as instituições responsáveis pelos cuidados de saúde, incluindo aqui as que oferecem serviços de cuidado psi, foram impactadas, na segunda metade do século XX, por esta “nova concepção de saúde” (CAMPOS, 2012, p. 36). Desse modo, a Psicologia contribui com a visão biopsicossocial do indivíduo, tão necessária para olhar o sujeito de maneira integral, em sua totalidade, proporcionando com isso um melhor acesso aos serviços de prevenção, promoção e tratamento da saúde.

Pensando sobre este melhor acesso, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada para “efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuário” (Ministério da Saúde – Portal da Saúde). Esta política possui como uma de suas diretrizes a clínica ampliada, definida na cartilha da PNH da seguinte maneira:

[...] uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (BRASIL, 2013b, p. 10)



Assim, a humanização dentro da clínica ampliada refletirá, entre outros pontos, sobre a qualificação do diálogo entre os diversos atores que compõem a saúde, aproximando-se e incluindo o trabalho realizado pelo psicólogo dentro do hospital. Percebe-se então que o psicólogo se torna um importante ator no processo de humanização, que ocorre em todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até a especializada.

### **3.2. A clínica ampliada: um ponto em comum**

Para compreender como a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar encontram no conceito de clínica ampliada um ponto em comum, é preciso antes entender este conceito. Campos (2012) assim compreende a clínica ampliada:

uma noção que abarca as práticas do cuidado clínico no campo psicológico que não ocorrem dentro do espaço já histórica e epistemologicamente consolidado do consultório clássico. Ou seja, não se encontram totalmente inscritas no modelo do consultório particular, não estão totalmente “protegidas” por um conhecimento clínico consolidado, por teorias já estabelecidas e condições físico-espaciais sob controle do psicólogo. (CAMPOS, 2012, p. 34)

Sendo assim, todo o trabalho realizado pelo psicólogo dentro do hospital, assim como o trabalho realizado pelo psicólogo da saúde nos diversos setores, encontram-se inseridos no para-além do consultório particular, logo, dentro da noção de clínica ampliada. Campos (2012) ainda aponta que concretamente a clínica ampliada seria sempre uma clínica no espaço institucional. Precisamos considerar, no entanto, que este espaço institucional nem sempre é físico. Nesse viés, basta pensar nos consultórios de rua como uma das modalidades de exercício da atenção à saúde à população em situação de rua (BRASIL, 2012). A instituição encontra-se presente também de forma subjetiva, nas práticas e normas que regem o fazer dos sujeitos.

É importante ressaltar que a clínica ampliada enquanto conceito abarca diferentes campos de saber, não se restringindo apenas à prática psi. Conforme

colocado anteriormente, o Ministério da Saúde (2004) inclui nas diretrizes da PNH a clínica ampliada, como uma ação que engloba o diagnóstico médico, mas vai além, pois leva em consideração o sujeito de forma integral, observando os diferentes aspectos de sua vida e história que podem exercer influência sobre o tratamento e o prognóstico. Dessa maneira, buscando compreender o sujeito em sua integralidade, como um ser biopsicossocial, a atuação profissional sob o viés da clínica ampliada, procura também conhecer a história de vida daquele sujeito para entender como os fatos podem influenciar no processo saúde-doença, não podendo assim prescindir, de saída, de um trabalho multiprofissional.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), compreende-se que a fase diagnóstica necessita de generalização, porém, o conceito de clínica ampliada vem romper com o paradigma de que todos os usuários com o mesmo diagnóstico devem ser tratados da mesma maneira, e coloca em cena a subjetividade do sujeito, pensando o que na sua história ele apresenta de singular e pode ser utilizado a favor do reestabelecimento da sua saúde. A clínica ampliada assim,

[...] busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é *necessariamente transdisciplinar* e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional. (BRASIL, 2009)

Assim, para ter um olhar para o sujeito como um ser integral, é indispensável para a prática da clínica ampliada o olhar de diferentes profissionais, em uma perspectiva inter e transdisciplinar, na qual as diferentes especialidades se fundem em uma visão global sobre o sujeito, respeitando-se as singularidades de trabalho de cada uma, porém sem a divisão de especialidades que acaba por fragmentar o sujeito e sua doença em sintomas e órgãos. Segundo o Ministério da Saúde

a proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de

reconhecer e utilizar o potencial desses saberes.(BRASIL, 2007, p.3)

Por ter uma abordagem multiprofissional, um dos aspectos da clínica ampliada é a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, não somente nas trocas entre os profissionais, mas também respeitando-se a autonomia dos usuários, incluindo-os nas tomadas de decisão (BRASIL, 2009). A clínica ampliada, por focar-se então na doença, no sujeito e no contexto oferece, segundo Barros e Gomes (2011), uma alternativa ao que os autores chamam de “clínica restrita”, mais focada na doença e nos exames, sem levar em consideração a história de vida daquele sujeito e como isso pode ter contribuído para seu diagnóstico, além de ignorar o que pode contribuir no seu tratamento e prognóstico.

Com isso, fazer clínica ampliada é trabalhar do seguinte modo:

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, *inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas*) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS (BRASIL, 2013, p. 11)

Com isso, nota-se que a clínica ampliada atravessa diferentes conceitos, como a multi, inter e transdisciplinaridade, a humanização, o cuidado e a integralidade na atenção à saúde, sendo uma prática voltada para o homem como ser biopsicossocial, que busca em suas ações diárias junto aos sujeitos um atendimento e cuidado integrais. Desse modo, a clínica ampliada acaba por englobar a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar em um viés comum: o da clínica multi e interdisciplinar, que procura olhar o sujeito para além de sua doença, mas também para seu contexto de vida, buscando compreender como os fatos a seu redor se articulam dentro de seu processo saúde-doença. Por ter este olhar integral para o sujeito a clínica ampliada torna-se, assim, um elo entre estas

duas áreas da Psicologia, que buscam, cada uma dentro de seu fazer, e independente do local de atuação, o para-além da doença.

### 3.3.

#### **Cuidado e integralidade: desdobramentos necessários**

Ao assumir um compromisso com o sujeito doente, o trabalho no viés da clínica ampliada assume o compromisso de tratá-lo em sua totalidade, de forma integral, seja na esfera da Psicologia Hospitalar, seja na da Psicologia da Saúde, e o fazendo através de diferentes práticas de cuidado. Partindo deste princípio, podemos estabelecer um paralelo entre a clínica ampliada e o cuidar, visto que as duas concepções propõem a não objetificação do sujeito, tal como é possível perceber na colocação de Barros e Gomes (2011):

Entender as práticas de cuidado como clínica ampliada, como clínica aberta, é estabelecer um compromisso radical com o sujeito visto como singular, assumindo responsabilidades no processo terapêutico, afirmando a intersetorialidade em saúde e tendo a dimensão dos limites dos saberes especializados. Dessa forma, afirmamos uma perspectiva transdisciplinar, que rompe com os especialismos desqualificadores e busca outros conhecimentos-saberes, assumindo, enfim, um compromisso ético que não reduz o sujeito à doença. (BARROS e GOMES, 2011, p. 653)

O compromisso ético nesse sentido do cuidado como clínica ampliada é então assumido com o sujeito singular. Se refletirmos sobre as funções de cuidado, dispostas por Figueiredo (2009) em seu capítulo *As diversas faces do cuidar*, percebemos que uma das funções, a de *reconhecer*, alinha-se com o que é esperado do profissional psicólogo:

Muitas vezes cuidar é, basicamente, ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem. (FIGUEIREDO, 2009, p. 127)

Com isso, nota-se que cabe ao cuidador, neste caso o psicólogo, reconhecer a singularidade do sujeito, auxiliando no cuidado e na busca da humanização dos processos em saúde. Para Figueiredo (2009) é necessário também que o cuidador saiba o momento de ser cuidado, nos remetendo ao que foi dito anteriormente sobre a equipe de assistência e uma das atribuições do psicólogo, principalmente dentro do hospital – escutar aqueles que cuidam. É preciso que haja uma escuta humanizada também a esses profissionais, para que eles possam estar melhor preparados para a função do cuidado, ou para não paralisarem diante dos impasses que fazem parte do seu cotidiano de trabalho. Segundo Figueiredo (2009), compartilhar decisões e afazeres com outros agentes cuidadores melhora a qualidade do cuidado, além de propiciar ao cuidador a oportunidade de aprender com aquele que é cuidado. Assim indica o autor:

Sem prejuízo do que sabe e pode, e sem renegar o que sabe que sabe e pode, o agente de cuidados nem sabe tudo e nem tudo pode. Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador muito mais sensível aos objetos de seu cuidado e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados [...]. (FIGUEIREDO, 2009, p. 131)

Figueiredo (2009) afirma que um dos objetivos do cuidado é fazer com que aquele que foi alvo dos cuidados desenvolva suas capacidades cuidadoras, para que possa ser participante ativo deste processo: “O doente não se converte em médico, mas algo da sua doença e da ‘sua’ medicina espera-se que ele conheça para não adoecer de novo ou tratar-se melhor” (FIGUEIREDO, 2009, p. 133), o que nos remete diretamente ao conceito de autonomia, tão importante para o processo de humanização.

A autonomia, assim, torna-se ponto importante no processo saúde-doença, juntamente com o conceito de protagonismo. De acordo com a cartilha “*HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*” (2006) protagonismo é, junto com a autonomia, um princípio norteador da humanização em saúde e compreende que o que o sujeito implicado em seu processo faz, e como ele se posiciona, possui lugar central. Ou seja, o sujeito passa a ser o

personagem principal de sua história, com autonomia para decidir e com capacidade de tomar atitudes que auxiliem em seu processo saúde-doença. Mas para que o sujeito cuidado seja capaz de desenvolver sua autonomia e seu protagonismo, tornando-se corresponsável pelo seu cuidado, é preciso antes que a equipe que o assiste possibilite essa capacidade, para além dos procedimentos. Não basta realizar os procedimentos, exames e tratamentos com perfeita técnica, pois é preciso algo “a mais” que não é ensinado nos manuais, é preciso a dimensão humana do cuidado. Nesse sentido, Barros e Gomes (2011, p.652) assim afirmam acerca do cuidado:

[...] o cuidado não corresponde a mais um procedimento técnico específico, não há fórmulas que ensinem a cuidar. Esse termo é, antes, uma referência ética que deve enraizar todas as práticas em saúde e construídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e os demais profissionais da área.

Logo, da mesma forma que a clínica ampliada, o cuidado, para que seja efetivo, ocorre pelo menos na multidisciplinaridade e de maneira inter e transdisciplinar. Na transdisciplinaridade há a integração das especialidades, em um trabalho para além da soma das partes de cada disciplina, com uma ampliação das fronteiras que separam cada profissão, em benefício do atendimento do sujeito em seu processo saúde-doença. É preciso que as diferentes especialidades trabalhem em conjunto para que o ato de cuidar seja exercido de maneira articulada e eficiente, abarcando o sujeito de forma integral.

Refletindo-se em termos de SUS, que vigora no Brasil desde 1990 – conforme Lei nº 8080/1990 e nº 8142/1990, a integralidade torna-se um princípio importante, que assinala a junção de todos os conceitos vistos até aqui. A atenção integral à saúde envolveria, então

- O conceito ampliado de saúde;
- A compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais;
- O conhecimento sobre a realidade;
- O trabalho em equipe *multiprofissional e transdisciplinar*;

- A ação intersetorial;
- O conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária)

(BRASIL, 2004b, p. 12)

Desse modo, podemos reunir no conceito de integralidade tanto a dimensão do cuidado, por olhar para além de um órgão doente, mas para o sujeito em sua totalidade quanto a noção de clínica ampliada, pois vai além de exames e diagnósticos. O trabalho interdisciplinar também torna-se, com isso, um importante viés, visto que torna possível o olhar integral através das diversas especialidades.

Assim, considerando que a psicologia encontra-se inserida neste contexto, seja através do trabalho em hospitais, seja através do trabalho dos psicólogos da saúde, qual o papel que a formação dos profissionais psicólogos está desempenhando para que essa atuação se dê de maneira eficaz? Como a graduação tem preparado os egressos para o trabalho na área da saúde, especialmente de maneira a contemplar a clínica ampliada, o cuidado e a integralidade? As políticas de saúde são consideradas?

#### 4.

### A formação em Psicologia

A regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil é algo muito recente. No entanto, anos antes do reconhecimento desta profissão, outras áreas de conhecimento já possuíam a psicologia em seus currículos. Segundo Massimi (2005), “no século XIX, a ‘psychologia’ comparece como parte de disciplinas em diferentes áreas do saber [...], matérias de diversos currículos em instituições escolares do País.” (MASSIMI, 2005, p. 165) e, de acordo com Dimenstein (1998), o ensino da psicologia era realizado nos Institutos de Educação desde a década de 30, tendo o primeiro curso de formação em Psicologia sido implantado no ano de 1956, na PUC-Rio.

Mesmo assim, apesar de estar presente nos currículos de diferentes áreas e dos Institutos, e de haver uma graduação na PUC-Rio, a Psicologia ainda não era reconhecida como profissão e não possuía regulamentação. O reconhecimento da profissão de psicólogo veio em 1962, com a Lei nº 4119 – que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo, importante etapa na criação de cursos e elaboração do currículo mínimo (DIMENSTEIN, 1988).

Segundo a Lei nº4119/1962, os objetivos do Psicólogo seriam: “diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento” (BRASIL, 1962), o que demonstra as principais áreas nas quais o profissional de psicologia estava inserido: clínica, escola, institucional, além da docência. No entanto, a área de atuação deste profissional foi se ampliando e, apesar dos trabalhos de alguns profissionais isolados na área da saúde, pode-se estabelecer que um grande contingente de psicólogos migrou para a saúde na década de 70, e vem aumentando cada vez mais a quantidade de profissionais neste campo (DIMENSTEIN, 1998).



#### 4.1.

#### **Ênfase na atenção à saúde: indo além do consultório particular**

Quando se fala da inserção do psicólogo no contexto da saúde, uma das questões que mais se apresenta está relacionada à formação deste profissional. Sabe-se que o exercício da psicologia no âmbito da saúde, especialmente quando se fala de hospitais e de prevenção em saúde, requer manejos específicos às demandas que se apresentam e que naturalmente podem ser diferentes daquelas da prática realizada em consultório particular. Dimenstein (1998) aponta para a dificuldade de trabalho dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde e a transposição do modelo de consultório particular para o trabalho na saúde pública, que muitas vezes acaba por gerar “uma prática inadequada e descontextualizada” (DIMENSTEIN, 1998, p. 74). Considerando a transformação do modelo biomédico em direção ao modelo biopsicossocial que atualmente ocorre na área da saúde, Ribeiro (2014) coloca como um desafio a transformação também da formação dos profissionais que irão atuar neste campo.

Conforme exposto ao longo desta monografia, a inserção da Psicologia no contexto hospitalar encontra-se em crescimento e, desde então, “a Psicologia hospitalar vem evoluindo no sentido de um refinamento teórico da construção de um novo saber e da definição de uma identidade profissional” (TOREZAN et al, 2013). No entanto, cabe questionar se esta produção de conhecimento está sendo realizada a nível de graduação ou somente através de pós-graduações e programas de residência.

De acordo com o que foi dito anteriormente, o vocabulário utilizado pelos profissionais pode se constituir como uma barreira para a comunicação, dificultando as trocas entre as especialidades e prejudicando assim o atendimento ao paciente. É preciso examinar nesse sentido qual a relevância que está sendo dada a pontos em comum com as diferentes áreas da saúde, como por exemplo a construção da anamnese, a psicopatologia, o psicodiagnóstico e a psicofarmacologia, conhecimentos necessários para que os profissionais de saúde mental possam dialogar de maneira efetiva com os demais profissionais da saúde. E mais, cabe questionar se o processo de aprendizado está em consonância com o AprenderSUS (2004c), política voltada para a formação dos profissionais da área

da saúde, além de questionar também se encontra-se voltada apenas para o trabalho em hospitais ou na saúde como um todo, desde a atenção primária até a especializada.

A posição defendida pela Associação Brasileira de Ensino da Psicologia (ABEP) é que “o incremento da atenção a políticas públicas nos cursos de formação de psicólogos tem sido defendida de modos diferenciados e importantes” (ABEP, 2011). No entanto, a ABEP salienta que o núcleo comum da formação do psicólogo não pode direcioná-lo especificamente para uma área de atuação. Sendo assim, seria importante que os alunos tivessem um conhecimento sobre a atuação em saúde, assim como dos outros campos possíveis, inclusive para manter diálogo com a sociedade, sem que os psicólogos saíssem necessariamente formados para atuar neste campo.

Além disso, não se pode pensar nos profissionais apenas como prestadores de serviço, especialmente quando se trata do SUS. Todos os profissionais que atuam no sistema público de saúde, assim como toda a população, também são responsáveis pela sua gestão e melhorias nos serviços. Com isso a importância de formar profissionais capacitados para atuar no SUS assume uma nova camada de responsabilidade para além da que já deve existir para com o usuário de forma individual, mas para toda a sociedade e para o próprio sistema. Dimenstein e Macedo (2010) apontam que não é possível dissociar as modificações nos modelos de assistência e gestão da formação e capacitação de todos os atores que fazem parte da área da saúde.

Assim, a discussão sobre a formação do psicólogo para atuar no setor da saúde, principalmente dentro do sistema público deve ser um ponto importante dentro dos cursos de graduação. A Resolução nº 5 de Março de 2011, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia, determina no Art. 4º que a formação de psicólogos deve objetivar fornecer ao aluno conhecimentos para atuar em diferentes áreas, apontando na alínea I deste parágrafo a Atenção à saúde. Esta resolução assim define como atenção à saúde:

I – Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética. (BRASIL, 2011, p. 2)

Nota-se, então, que a resolução abarca os diferentes níveis de atenção à saúde, contemplando o trabalho tanto do psicólogo da saúde, que atua desde a prevenção e promoção à saúde, quanto do psicólogo hospitalar, que atua essencialmente dentro dos hospitais, especializados ou generalistas. Desta forma, torna-se importante fornecer aos graduandos teorias que possibilitem sua prática na atenção à saúde, pública e privada, para que se possa não só atender à resolução, mas fornecer subsídios para a prática profissional. Um dos pontos de discussão acerca da graduação é o modelo voltado para o consultório particular, em que se questiona a formação individualizante, voltada para o mercado privado, conforme afirma Romano (1999):

No caso específico, a Universidade, mormente as Faculdades de Psicologia, em alguns momentos parecem ter essa sensibilidade [de se adequar ao mercado], mas não quando o assunto é a prática em hospitais especificamente, e eu ampliaria a questão para a prática de assistência à saúde em geral. [...] Luzio (1989) afirma que ao aluno só há uma compreensão, um “mito” para o exercício da psicologia clínica: o consultório. (ROMANO, 1999, p. 84-85)

Compreende-se, então, que é preciso ampliar a visão do aluno para outras possíveis práticas, outros campos de inserção profissional que não o consultório particular, desfazendo a fantasia de que psicologia clínica somente pode ser realizada nestes consultórios e mais, modificando o imaginário de que só se pode fazer psicologia em consultórios particulares. É preciso ampliar o conhecimento dos graduandos acerca da prática, para que as próprias práticas possam repensadas e aprimoradas. O psicólogo de maneira geral é formado para ter um olhar e uma escuta atentos para a subjetividade e singularidade do sujeito, pontos indispensáveis para seu trabalho, em especial para o atendimento clínico. Dessa maneira, conforme visto no conceito de clínica ampliada, o atendimento clínico, a

escuta atenta e o olhar para a singularidade do sujeito vão além das paredes de um consultório particular.

#### **4.2.**

#### **Por uma formação que comporte o campo da saúde ampliada**

Em um primeiro momento, a formação voltada para abarcar a singularidade da clínica ampliada pode parecer afastar o profissional psicólogo das políticas públicas, leis, normas e resoluções, criadas justamente para serem generalizantes, para todos. Contudo, a prática nos mostra que embora generalizantes, são necessárias ao bom atendimento, ficando a cargo do profissional de saúde, neste caso dos psicólogos, adequar sua prática a elas e elas à sua prática, na medida do possível, estabelecendo um diálogo crítico e constante, com o objetivo do aprimoramento tanto da prática quanto das leis e teorias.

Couto (2002) em seu artigo “*Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*” afirma que para o cuidado com as crianças e adolescentes dentro da saúde mental se colocar definitivamente como um desafio no campo público, “necessitará da contribuição que viermos a construir” (COUTO, 2002, p. 191). Assim também são as práticas em saúde pública. Para que a psicologia tenha cada vez mais espaço e reconhecimento, e para que a luta pelo reconhecimento das singularidades dos sujeitos avance cada dia mais nas práticas de saúde, os psicólogos que atuam neste campo também precisam contribuir para a discussão acerca das legislações de saúde.

Enquanto uma olha para o particular e outra para o geral, e possam parecer à primeira vista opostas, clínica e política, respectivamente, se articulam para que a prática possa acontecer. É necessário algo que uniformize as práticas e possibilite a equidade no acesso aos serviços de saúde, conforme determina a legislação do SUS. Clínica e política se encontram, assim, imbricadas, na medida

em que, conforme aponta Couto (2002) a clínica é também potência para a construção de políticas públicas.

Com isso, compreende-se

[...] a necessidade de manter viva uma tensão entre a delicadeza da clínica e a dureza da política. [...] a gestão e o planejamento só serão efetivos em suas proposições e ordenamento se levarem em conta o real da clínica, suas vicissitudes e desafios. Por isto, a meu ver, esta tensão. A política é dura, é para todos e não pode ceder disto, ela é universalista. A clínica é delicada, minimalista, é para um a cada vez, é singular e também não pode, igualmente, ceder disto. (COUTO, 2002, p. 198)

E, como tudo indica, para que esta tensão entre clínica e política se mantenha viva e sirva a um propósito dialético e produtivo, é necessário que possa ser pensada já na graduação, na formação dos futuros profissionais que atuarão neste campo de tensão. Para Ferreira (2010) a inserção das políticas públicas de saúde na graduação é um passo para uma qualificação mais ampla, que possui a compreensão de que todas as formas de atuar do psicólogo podem ser e estão inseridas no contexto do SUS:

A atenção ao SUS não significa dar ênfase a alguma subárea da profissão. [...] de fato, uma das maiores necessidades do SUS nos dias atuais (assim como dos serviços de saúde em grande parte do mundo) refere-se exatamente à capacitação do pessoal que presta serviços. Sabemos que esse é um tipo de atividade tradicionalmente atribuído em nossa profissão à Psicologia Organizacional. (FERREIRA, 2010, p. 20)

Com isso percebe-se que a atenção para a saúde e suas políticas públicas vão muito além das especialidades dos psicólogos da saúde e psicólogos hospitalares. Atuar na área da saúde é também atuar na sua gestão, na formação de suas políticas e na qualificação e formação continuada de seus profissionais, como postula as legislações do SUS. Porém, para que isso ocorra de forma efetiva é necessário que o profissional possa sair da graduação já com um mínimo de

conhecimento sobre o funcionamento do sistema, para que o aprimoramento ocorra nos cursos de pós-graduação e residências.

O mesmo pode-se dizer em relação ao fomento às pesquisas que articulem os serviços de saúde às universidades, instituições onde legitimamente se constrói conhecimento. O Ministério da Saúde, na publicação *Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde: guia PPSUS* (2008) aponta a relevância das pesquisas para definição das políticas públicas em saúde e para melhoria das condições sociais da população, e salienta que aproximar os setores da saúde pública e da ciência é por si só um desafio. Nesse sentido, Delgado (2015) aponta que um dos desafios é a própria política de pesquisa no Brasil, que seria rígida até o momento.

Torna-se necessário, deste modo, repensarmos as disciplinas oferecidas durante a graduação, analisarmos os profissionais que estamos formando, inserindo nas universidades não só disciplinas de políticas públicas, mas especialmente fomentando discussões, reflexões e pesquisas acerca destas políticas e das diferentes práticas. Se o campo da saúde está aberto e sendo ampliado pelos profissionais que ali se encontram, é preciso que a graduação reflita esta expansão de mercado de trabalho, capacitando os futuros psicólogos que nele atuarão.

## 5.

### Considerações finais

Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, conforme exposto ao longo desta monografia, apresentam pontos de afastamento e de aproximação. Seja na prevenção ou na atenção especializada, o psicólogo que atua no contexto da saúde busca olhar o sujeito de forma integral, respeitando sua subjetividade e singularidade. Esta especificidade da psicologia a coloca em cena especialmente após a transformação que tem ocorrido atualmente no conceito de saúde, em direção a um modelo biopsicossocial. Este modelo, que abarca tanto o orgânico do processo saúde-doença quanto a psicossomática e o contexto social do indivíduo abre espaço para que se possa pensar nos fatores da vida do sujeito que contribuem tanto para seu diagnóstico quanto para o prognóstico, auxiliando em seu processo de autonomia e protagonismo no cuidado, o tornando um sujeito singular e implicado em seu processo, apesar de frequentemente comportar um diagnóstico que o generaliza.

E é através do olhar singular, integral, em um viés de cuidado direcionado por uma clínica ampliada, que essas duas áreas da psicologia se encontram e se complementam. É no para-além do consultório particular, para além dos muros das instituições, e para-além da doença, mas na subjetividade dos sujeitos, no cuidado, na escuta, que Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde se esbarram positivamente, para auxiliar o sujeito no enfrentamento de seu processo. E cada vez mais este campo se abre para o trabalho destes profissionais.

No entanto, apesar do ingresso cada vez maior de psicólogos nos setores da saúde, nem sempre a formação acompanha esta prática. A lacuna encontrada na formação dos futuros psicólogos e apontada nas publicações necessita ser repensada e discutida, para que a prática também possa ser repensada e aprimorada. A prática deve sempre suscitar questionamentos, sobre a atuação, sobre a implicação, as teorias e normas que regem o fazer do profissional. Este por sua vez deve ser crítico em relação ao seu trabalho, para que haja um aprimoramento constante, para que possa debater com seus iguais e também com outras categorias que atravessam sua prática, repensando constantemente o modo

de fazer. Nesse contexto é necessário que a formação do psicólogo contribua no sentido de dar aos egressos subsídios para o que a prática na saúde exige, em especial o trabalho multi e interdisciplinar, quem sabe como abertura para uma transdisciplinaridade.

Durante a atuação como estagiária durante a pós-graduação percebeu-se que a troca de experiências tanto com os profissionais lotados há mais tempo na instituição, quanto com a equipe, além das aulas teóricas, possibilitaram efetivamente a prática. Porém, a deficiência da graduação no sentido de dar embasamento teórico sobre políticas públicas de saúde e sobre a atuação do psicólogo dentro do contexto da saúde não deixou de ser sentida.

Pensando na graduação e na produção de conhecimento, considera-se importante que as universidades possam dialogar com os diversos setores de saúde, realizando pesquisas que possibilitem uma integração ensino-pesquisa-prática, que enriqueceriam estes três pontos, imprescindíveis para produção de conhecimento e para uma atuação profissional cada vez melhor. O Ministério da Saúde, na publicação *Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde: guia PPSUS* (2008) aponta a relevância das pesquisas para definição das políticas públicas em saúde e para melhoria das condições sociais da população, e salienta que aproximar os setores da saúde pública e da ciência é um desafio. Delgado (2015) aponta que um dos desafios é a própria política de pesquisa no Brasil, que seria rígida.

Contudo, a literatura aponta para a deficiência na formação do psicólogo para atuar na área da saúde e apesar das dificuldades existentes, a colaboração entre universidades e os serviços traria contribuições ricas para ambas as partes, auxiliando na produção de conhecimento e na formação, o que propiciaria uma prática cada vez mais aprimorada. Deste modo, compreende-se a necessidade de mais discussões acerca da formação do psicólogo, de sua atuação na área da saúde, além de mais pesquisas e, conseqüentemente, mais publicações que possibilitem a troca de experiências e enriquecimento deste campo.



## 6.

**Referências**

ANGERAMI-CAMON, V.A. O ressignificado da Prática Clínica e suas implicações na realidade da saúde. Em: ANGERAMI-CAMON (org.) **Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2011, p. 01 - 15.

\_\_\_\_\_. O psicólogo no hospital. Em: ANGERAMI-CAMON (org.) **Psicologia Hospitalar – teoria e prática**. São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 1 – 14.

ABEP. **Histórico da Diretrizes Nacionais Curriculares**. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/historico-das-dcns/>>. Acesso: 25 de maio de 2017

AZEVEDO, A.V.S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no Hospital Geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. Em: **Estudos de Psicologia**: Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-585, outubro-dezembro, 2016.

BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. Em: **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BRASIL. **Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962**. Dispões sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial, Brasília, DF, 1962.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução nº 5 de Março de 2011**. Institui as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de professores de Psicologia. Brasília: Ministério da Educação, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Seleção de Prioridades de Pesquisa em Saúde: guia PPSUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Cadernos HumanizaSUS – Psicologia Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013, v.3.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional De Humanização,**  
Brasília: 2013b.

BRUSCATO ET AL. O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. Em: BRUSCATO ET AL (orgs). **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 33 – 41.

CAMPOS, D.T.F. O cuidado e o sujeito: questões acerca da clínica ampliada. Em: WINOGRAD, M. & SOUZA, M. de (orgs). **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012, p. 33 – 48.

CASTRO, E. K. de; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. Em: **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CHIATTONE, H. B. de C. A significação da Psicologia no contexto hospitalar. Em: ANGERAMI-CAMON (org.). **Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2011, p. 143 – 237.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Brasília: 1986

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 014/2000 – Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro**. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº02/2001 – Altera e regulamenta a Resolução CFP nº014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais**. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 003/2007 – Institui a Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Senhoras e senhores gestores da Saúde, como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Brasília 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 03/2016 – Altera a Resolução CFP n.º 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro**. Brasília, 2016.

COUTO, M.C.V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. Em: GUERRA, A.M.C. e LIMA, N.L.de. (Orgs.). **A clínica de crianças com transtornos do desenvolvimento. Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2003, p. 191 – 198.

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Em: **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53 – 81, 1998.

DIMENSTEIN, M.D.B.; MACEDO, J.P. Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. Em: SPINK, M. J. (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 207 – 214.

FERREIRA, M. Prefácio – a atenção dos psicólogos ao SUS e às políticas públicas. Em: SPINK, M.J. (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 19 – 22.

FONGARO, M. L. H.; SEBASTIANI, R. W. Roteiro de avaliação psicológico aplicada ao hospital geral. Em: ANGERAMI-CAMON (org.). **E a Psicologia entrou no Hospital...** São Paulo: Cengage Learning, 2013, p. 5 – 55.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2014.

FIGUEIREDO, L.C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. Em: MAIA, M.S (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 121 – 141.

MARCO, M. A. de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Em: **Revista Brasileira de Educação Médica**: Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60 – 72, jan./abr. 2006,

MASSIMI, M. O processo de institucionalização do saber psicológico no Brasil do século XIX. Em: JACÓ-VILELA, A.M.; FERREIRA, A.A.L.; PORTUGAL, F. T. (orgs.) **História da Psicologia – Rumos e Percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005, p. 159 – 168.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sa/s/humanizaus>> Acesso: 03 de março de 2017.

RIBEIRO, A. L. **A psicologia e o cuidado nos serviços de saúde – formação e trabalho**. Curitiba: Appris, 2014, p. 21 – 34.

SILVA, L. B. de C. Equipe multiprofissional em saúde: níveis de inetragação. Em: OLIVEIRA, V.B. de; YAMAMOTO, K. (orgs). **Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2003, p. 73-88.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar – o mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014. p. 13 - 40

SPINK, M.J. (coord.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. ABEP e Ministério da saúde, 2006.

SBPH. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Disponível em: <[www.sbph.org.br](http://www.sbph.org.br)> Acesso: 14 de fevereiro de 2017.

TOREZAN ET AL. A graduação em Psicologia prepara para o trabalho em hospital? Em: **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 33, n.1, p. 132 – 145, 2013

KLUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.