

THAÍS DE CASTRO GAZOTTI

**VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGOS COMO INTEGRANTES
DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM HOSPITAL**

PUC-CAMPINAS

2017

THAÍS DE CASTRO GAZOTTI

**VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGOS COMO INTEGRANTES
DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM HOSPITAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Engler Cury

PUC-CAMPINAS

2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9
G291v

Gazotti, Thaís de Castro.

Vivências de psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital / Thaís de Castro Gazotti. – Campinas: PUC-Campinas, 2017.

134p.

Orientadora: Vera Engler Cury.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexo e bibliografia.

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia da aprendizagem. 3. Abordagem interdisciplinar do conhecimento. 4. Fenomenologia. 4. Psicologia - Formação profissional. I. Cury, Vera Engler. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

THAÍS DE CASTRO GAZOTTI

**VIVÊNCIAS DE PSICÓLOGOS COMO INTEGRANTES
DE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM HOSPITAL**

Banca Examinadora



Presidente Prof^a Dr^a Vera Engler Cury



Prof^a Dr^a Helena Bazanelli Prebianchi



Prof^a Dr^a Tatiana Hoffmann Palmieri Perches

PUC-CAMPINAS

2017

Agradecimentos

Neste período de grandes enfrentamentos e conquistas, diversas pessoas foram essenciais do início ao fim. Sou imensamente grata:

Aos meus pais, Ana Sílvia de Castro Gazotti e José Luís Gazotti, que, de longe, fizeram e fazem tudo e mais um pouco por mim, proporcionaram todo apoio para o meu crescimento pessoal e profissional. Sem eles eu não saberia o valor da vida.

Ao meu irmão, Raphael de Castro Gazotti, em quem me inspiro para ir em busca de novos ares e novas conquistas, pessoal e profissionalmente.

Aos meus avós, em especial ao meu avô Caiudy de Castro, que me ensinaram que o conhecimento é a única coisa que ninguém pode tirar de nós, ao mesmo tempo que a vida não tem graça se vivida longe dos amigos e familiares que amamos. Por isso, aqui deixo meu agradecimento a todos meus tios, tias, primos e primas.

Ao meu amigo e companheiro, Felipe Rodrigues Polatto, que me ouve e me acolhe principalmente em meus momentos de angústias e dúvidas, trazendo-me leveza e forças.

Aos meus queridos, Maria Elisa Gazotti Isaltino, Mariana Acciari De Arruda, Bruna Sartori Ragazzo, Luiz Henrique de Andrade Melo, Samanta Maria Visigalli Martins, Michelle Bianconi de Campos, Ana Cláudia Klinke, Matheus Faber Brum, Beatriz Louzada Fick, que sempre me apoiam, ajudam e compartilham de minhas alegrias.

À minha orientadora, Vera Engler Cury, pela sua valorosa orientação nesta minha pesquisa.

Aos amigos integrantes do grupo de pesquisa, Andréia Elisa Garcia de Oliveira, Elizabeth Brown Vallim Brisola, Gisella Mouta Fadda, Mharianni Ciarlini de Souza Bezerra, Patrícia Regina Bueno Incerpe, Ramila Isa de Alkimim Ferrari, que me

receberam, auxiliaram e proporcionaram reuniões de grupo permeadas de ricas discussões e momentos de descontração, pois não só de estudos vive o homem.

À minha professora e amiga, Helena Bazanelli Prebianchi, que me ensinou muito sobre a vida profissional durante a minha Graduação e pôde me mostrar que uma viagem sempre faz bem à alma.

À minha eterna professora da Abordagem Centrada na Pessoa, Tatiana Slonczewski, que sempre esteve disposta a me ajudar, a compartilhar seus conhecimentos e com quem pude enriquecer nos âmbitos acadêmico e clínico.

À minha professora na Graduação e Pós-Graduação, Tania Mara Marques Granato, por me acompanhar, me acolher e torcer por todas as minhas conquistas.

Aos demais professores desta Universidade, tanto da Graduação quanto da Pós-Graduação, com quem tive o privilégio de ter uma ótima formação e experiência diante desta profissão que amo.

Aos participantes desta pesquisa e colegas de profissão, agradeço toda a disponibilidade, prontidão e carinho com que me atenderam e se dispuseram a compartilhar suas vivências, sem eles não teria sido possível.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para realizar esta pesquisa.

À PUC-Campinas, por me acolher e me atender há 7 anos.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, tenham possibilitado que este trabalho fosse realizado, pois com ele pude vivenciar momentos importantes para o meu crescimento pessoal e profissional, além de ter iniciado meu caminho na área acadêmica e de pesquisa.

Resumo

Gazotti, Thaís de Castro. *Vivências de psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital*. 2017. 134p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2017.

Esta pesquisa, qualitativa de natureza exploratória, objetivou descrever e compreender fenomenologicamente a experiência de psicólogos que atuam como membros de equipes multidisciplinares em hospital. Participaram do estudo nove psicólogos, sendo oito mulheres e um homem, que trabalham em instituições hospitalares localizadas em três diferentes cidades do estado de São Paulo. A pesquisadora convidou-os para se reunirem a ela num encontro dialógico individual. Ao finalizar cada um dos encontros, redigiu uma narrativa compreensiva contendo os principais elementos que emergiram da vivência do participante e que foram apreendidos por ela num movimento intersubjetivo. Após esta etapa, foi construída uma narrativa síntese contendo os elementos significativos das vivências dos participantes como um todo. A partir da narrativa síntese, foi possível descrever a estrutura da experiência em foco neste estudo. Concluiu-se que: 1) nem sempre as equipes multidisciplinares reconhecem a importância da presença do psicólogo entre seus membros, o que lhe exige romper barreiras; 2) há uma sobrecarga de demandas cotidianas sobre o psicólogo que decorre da incompreensão sobre suas funções por parte de outros membros da equipe e, também, de gestores da instituição; 3) o psicólogo busca contribuir para que o cuidado dispensado aos pacientes pela equipe cumpra o princípio da integralidade preconizado pelo SUS; 4) a compreensão empática e a aceitação positiva incondicional são atitudes que caracterizam a atuação do psicólogo em relação aos pacientes, aos familiares e aos membros da equipe; 5) uma relação de confiança e cumplicidade entre os diversos especialistas que compõem a equipe é fundamental para assegurar seu bom funcionamento; 6) em decorrência das exigências do trabalho, o psicólogo sente necessidade de cuidar de si mesmo, do ponto de vista psicológico, para ser capaz de exercer suas funções junto à equipe; e 7) uma boa formação como psicólogo, assim como uma formação pós-graduada específica na área de Psicologia Hospitalar são percebidas como

necessárias para atuar de maneira competente em uma equipe hospitalar multidisciplinar.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; vivências de psicólogos; interdisciplinaridade; fenomenologia; intervenção psicológica.

Abstract

Gazotti, Thaís de Castro. *Psychologists' lived experience as members in multidisciplinary teams at hospital*. 2017. 134p. Dissertation (Masters' Degree) – Pontifical Catholic University of Campinas, Center of Life Science, Graduate School Program in Psychology, Campinas, 2017.

This qualitative research study, of exploratory nature, aimed to describe and phenomenologically comprehend psychologists' experience of working in multidisciplinary teams at hospital. Nine psychologists, who work in three different large cities of the State of São Paulo, participated in the study, eight women and one man. The researcher invited each one of them for a dialogical encounter. Following each encounter, the researcher wrote a comprehensive narrative containing the main elements, which emerged from the participants' lived experience, apprehended by the researcher through an intersubjective movement. After this, the researcher created a synthesis narrative, presenting some significant elements of participants' lived experience as a whole. From this synthesis narrative, it was possible to describe the structure of the experience in focus in the study. It was concluded that: 1) the multidisciplinary team doesn't always recognize the importance of the psychologist's presence in the team, which requires him to break barriers; 2) there is a daily overload of demands on the psychologist due to the team member's and institution's manager's incomprehension about his role; 3) the psychologist tries to contribute to the team's care to patients in order to fulfill Brazilian's unified health system principle of integral care; 4) attitudes such as empathic comprehension and unconditional positive regard characterize psychologist's role towards patients, their relatives and team members; 5) a trustful and complicity relationship among multidisciplinary teams' diverse specialists is crucial to certify a well-functioning team; 6) due to the service's demands, the psychologist feels the need to take care of himself, emotionally, in order to be able to effectively perform his role in the team; and 7) a well qualified Psychology under graduation training, as well as a major in Hospital Psychology, are pointed as necessary for a proficient practice within a hospital multidisciplinary team.

Keywords: hospital psychology; psychologists' lived experience; interdisciplinarity; phenomenology; psychological intervention.

Sumário

Introdução.....	13
Capítulo 1: Da Formação em Psicologia no Brasil à Participação em Equipes Multidisciplinares	17
1.1. A Formação do Psicólogo e a Psicologia Hospitalar	17
1.2. A Equipe Multidisciplinar e o Contexto Hospitalar	21
1.3. O Psicólogo na Equipe Multidisciplinar.....	26
Capítulo 2: Experiência e Vivência: Conceitos Norteadores na Pesquisa Fenomenológica	32
Capítulo 3: O Processo Metodológico da Pesquisa	38
3.1. A Pesquisa Qualitativa	38
3.2. O Método Fenomenológico Husserliano	40
3.3. Narrativa como Estratégia Metodológica.....	44
3.4. Desenho da Pesquisa	47
3.5. Dos Encontros Dialógicos à Construção das Narrativas	48
Capítulo 4: Das Narrativas Compreensivas à Narrativa Síntese	52
Narrativa 1: Andressa.....	52
Narrativa 2: Thalita.....	57
Narrativa 3: Alessandra.....	61
Narrativa 4: Gabriela	66
Narrativa 5: Jéssica.....	72
Narrativa 6: Rodrigo	77
Narrativa 7: Soraya	81
Narrativa 8: Isadora.....	86
Narrativa 9: Alana.....	90

Narrativa Síntese.....	94
Capítulo 5: Os Resultados desta Pesquisa em Interlocução com Outros Estudos sobre o Tema	99
Considerações Finais	116
Referências	119
Anexos.....	128
Anexo 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	128
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	132

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização dos participantes da pesquisa	51
---	----

Introdução

Em decorrência da 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, houve uma mudança nos conceitos de doença e saúde, pois estar saudável passou a ser definido a partir do modelo biopsicossocial. Assim, aspectos biológicos, psicológicos e sociais são considerados como tendo influência na qualidade de vida das pessoas. Em 1996, foi implantada no país uma nova política pública para a área da saúde, denominada Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de então, os profissionais dessa área puderam atuar de modo mais amplo e efetivo com base na priorização de um processo integrado de atenção que incluía prevenção, promoção e recuperação da saúde. Para tanto, contribuíram os pressupostos bases do SUS: equidade (igualdade de acesso e oferta de atendimento necessário a todos os cidadãos), universalidade (direito a todos de acesso a todos os serviços públicos de saúde) e integralidade (compreensão integral do indivíduo no cuidado – biopsicossocial – e garantia integral de cuidado à saúde – promoção, proteção e recuperação) (Souza, 2007).

Com o aumento das profissões vinculadas ao cuidado à saúde e sendo o hospital um dos contextos em que este novo modelo foi desenvolvido, as equipes multidisciplinares começaram a ser priorizadas como forma de atuação. A noção de integralidade no cuidado carrega para o centro das discussões do SUS o conceito de interdisciplinaridade. Portanto, nos hospitais, a composição de equipes multidisciplinares possibilitou, num primeiro momento, promover a aproximação de profissionais das diversas áreas da saúde ao redor de uma proposta de trabalho mais integrado. Esta modalidade de equipe propiciou uma compreensão mais integralizada sobre tratamento, diminuindo a desigualdade na valorização dos diferentes profissionais nas tomadas de decisões, pois considera a interdependência dos saberes (Oliveira, Fiorin, Lopes, Gomes, Coelho, & Morra, 2011).

Dentre as ciências que atuam no cuidado à saúde, encontra-se a Psicologia. Quando considerada em um contexto de saúde para além da clínica tradicional, esta profissão, primeiramente, remete-se às instituições psiquiátricas. A partir de 1960, os hospitais gerais tornaram-se um novo campo de atuação para a Psicologia, e este foi o lugar em que sua atuação junto à equipe multidisciplinar teve início; por tal razão, esta prática recebeu a denominação de Psicologia Hospitalar (Melo, 2015). No entanto, a Psicologia, enquanto ciência, aproxima-se tanto das Ciências Humanas quanto das Ciências da Saúde; sendo assim, ocupa um lugar distinto das demais profissões na área das Ciências da Saúde.

Esta pesquisa buscou aprofundar a compreensão sobre a atuação dos profissionais psicólogos em equipes multiprofissionais em contexto hospitalar. Justifica-se este interesse uma vez que a presença dos profissionais das diversas áreas da saúde organizados em equipes em hospitais vem aumentando até por força da legislação. Deste modo, pesquisas a respeito da atuação do psicólogo na área hospitalar são indispensáveis, pois possibilitarão reflexões acerca do papel e da atuação dos psicólogos e da Psicologia enquanto ciência e profissão em instituição hospitalar.

Este estudo foi desenvolvido como pesquisa qualitativa com metodologia fenomenológica husserliana. Intencionou descrever, compreender e analisar os elementos essenciais da experiência de psicólogos que participam de equipes multidisciplinares no contexto hospitalar. O texto desta Dissertação foi dividido em cinco capítulos:

Capítulo 1 – *Da formação em psicologia no Brasil à participação em equipes multidisciplinares* – a partir de uma revisão da literatura, é apresentada uma breve retrospectiva e compreensão diante das diretrizes vigentes para os cursos de

Graduação em Psicologia e uma delimitação acerca da Psicologia Hospitalar. Também apresenta o desenvolvimento das equipes multidisciplinares no cuidado à saúde por meio de uma retomada sobre a implantação do Sistema Único de Saúde e a inserção destas equipes no contexto hospitalar. São apresentados, também, aspectos pertinentes à inserção do psicólogo como membro da equipe multidisciplinar no contexto hospitalar.

Capítulo 2 – *Experiência e vivência: conceitos norteadores na pesquisa fenomenológica* – são apresentados os conceitos de experiência e vivência sob a perspectiva da Fenomenologia desenvolvida pelo filósofo Edmund Husserl, assim como a proposta fenomenológica para se compreender a estrutura essencial de um fenômeno. Leva em consideração a compreensão sobre subjetividade proposta por Husserl à Psicologia, de modo a possibilitar uma aproximação entre Filosofia e Psicologia.

Capítulo 3 – *O processo metodológico da pesquisa* – descreve o modelo de pesquisa qualitativa; na sequência, é apresentado o método fenomenológico como possibilidade de aproximação ao objeto da pesquisa. Discorre-se sobre os significados de um encontro dialógico e o papel do pesquisador, a partir de interlocuções entre a Fenomenologia e os norteadores que fundamentam a Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo humanista norte americano Carl R. Rogers. Em seguida, são descritos os aspectos concernentes ao desenvolvimento da pesquisa quanto ao contexto, participantes, procedimento e a estratégia metodológica de construção de narrativas compreensivas como modo de comunicar e analisar os elementos do fenômeno em foco. Esta estratégia é caracterizada por três momentos interdependentes que estão definidos no corpo do texto.

Capítulo 4 – *Das narrativas compreensivas à narrativa síntese* – são apresentadas as narrativas compreensivas construídas pela pesquisadora, após os encontros dialógicos com cada um dos participantes, e a narrativa síntese que estrutura os elementos essenciais da experiência que se constitui como objeto da pesquisa.

Capítulo 5 – *Os resultados desta pesquisa em interlocução com outros estudos sobre o tema* – os elementos significativos da experiência revelada por esta pesquisa são discutidos à luz de outros estudos contemporâneos num movimento de ampliação dos resultados, de modo a favorecer novas reflexões acerca dos temas abordados.

Capítulo 1: Da Formação em Psicologia no Brasil à Participação em Equipes Multidisciplinares

Neste capítulo, serão tratados temas que relacionam, histórica e culturalmente, a formação do psicólogo brasileiro à sua atuação como membro de equipes multidisciplinares em contextos hospitalares. Desta forma, são caracterizados alguns elementos que contribuem para dificultar este tipo de prática profissional na atualidade.

1.1. A Formação do Psicólogo e a Psicologia Hospitalar

Os cursos de formação em Psicologia, no Brasil, são regulamentados de acordo com as diretrizes curriculares propostas pelo Conselho Nacional de Educação Superior (CNE) e pelo Ministério da Educação (MEC). Após a inclusão do Currículo Mínimo, em 1962, para adequar o ensino nas diversas instituições de Ensino Superior do país, o Ministério da Educação realizou modificações nos currículos ao longo dos anos de 2001, 2002, 2004 e 2011, as quais se encontram vigentes sob a Resolução nº 05/2011. Deste modo, os cursos de Graduação em Psicologia seguem um direcionamento acadêmico comum, definido por um conjunto de competências, habilidades e conhecimentos com o objetivo de oferecer uma base homogênea na formação e uma capacitação básica para atender às demandas como campo de conhecimento e de atuação (Ministério da Educação [MEC], 2011).

De acordo com os Artigos 2º e 3º desta Resolução, as diretrizes curriculares para os cursos de Psicologia englobam orientações a respeito dos princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, implementação e avaliação; visa, assim, direcionar a formação do psicólogo para atuar em diversos contextos profissionais, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia. Segundo o Artigo 4º, a formação em Psicologia objetiva proporcionar ao

futuro profissional os conhecimentos necessários para a sua atuação, a partir do desenvolvimento de determinadas competências e habilidades gerais.

Dentre as competências gerais, precisamente elencadas pelo Parecer nº 072/2002, destacam-se a “atenção à saúde” voltada ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, em nível individual e coletivo; a “tomada de decisões”, de forma que suas ações estejam fundamentadas na capacidade de avaliar, sistematizar e decidir pelas condutas mais adequadas, com base em evidências científicas; a “comunicação”, de forma que os profissionais estejam acessíveis e mantenham os princípios éticos quanto ao uso das informações que lhes sejam confiadas nas interações com profissionais de saúde e com o público em geral; e a “liderança”, relacionada a trabalhos em equipe multiprofissional que visem o bem estar da comunidade. As competências e habilidades correspondem às atuações profissionais do psicólogo e devem, portanto, proporcionar um domínio básico de conhecimentos psicológicos para capacitar o profissional a utilizá-los em diferentes contextos que demandem investigação, análise, avaliação, prevenção e atuação em processos psicológicos e psicossociais, e na promoção de qualidade de vida (MEC, 2002).

Algumas instituições científicas, como a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) e a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPPEP), estão diretamente envolvidas com a formação em Psicologia, enquanto profissão e pesquisa. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), por sua vez, também se ocupa da formação do psicólogo, pois uma de suas funções é regulamentar, eticamente, a prática profissional do psicólogo e seu compromisso político com os cidadãos (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2012).

O CFP deve ter em vista as demandas sociais e as necessidades da população em relação aos serviços oferecidos pelo psicólogo ao atentar-se às condições de formação deste profissional e à definição do seu papel no Brasil, pois é para este contexto que deve ser formado. Para tanto, necessita da mediação entre instâncias como a ABEP e a ANPPEP. Assim, torna-se necessário que tais resoluções sejam amplamente conhecidas pelos profissionais psicólogos para que possam nortear suas práticas profissionais, promovendo a institucionalização das mesmas nos diversos contextos de trabalho (Miranda, Lima, & Santos, 2015).

Haja vista a formação como Especialista, o CFP desenvolveu a Resolução nº 013/2007 a fim de estabelecer normas e procedimentos para tal registro. As especialidades listadas são: Psicologia Escolar/Educacional, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicologia de Trânsito, Psicologia Jurídica, Psicologia do Esporte, Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Psicologia Social e Neuropsicologia (CFP, 2007).

Dos documentos relacionados à formação do psicólogo no Brasil, este último é o que apresenta a Psicologia Hospitalar com denominação própria e a define quanto às suas práticas e às suas caracterizações. De acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia (2007), ao psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar cabe a atuação em instituições de saúde de nível secundário ou terciário e nas diferentes áreas da instituição, tais como: Ambulatório, Unidade de Tratamento Intensivo e Pronto Atendimento, e em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa. Assim como nas diversas modalidades de intervenção que englobam as diferentes relações formadas entre: médico-paciente, paciente-familiares, paciente-paciente, paciente-processo de adoecimento, hospitalização, repercussões emocionais e as questões subjetivas presentes entre os membros da equipe de

saúde. Os atendimentos psicológicos também são diversificados entre psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, grupos de profilaxia, consultoria e interconsulta.

Ainda de acordo com a Resolução nº 013/2007, os atendimentos realizados objetivam o bem-estar físico e emocional do paciente, de modo que ao profissional psicólogo caberá oferecer e desenvolver atividades nos diferentes níveis de cuidado, os quais envolvam, primordialmente, a avaliação e o acompanhamento de questões psíquicas dos pacientes. Neste campo de atuação busca-se, então, promover e/ou recuperar a saúde física e mental daquele que recebe a assistência. Em relação ao trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, o psicólogo deve participar de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e a seus familiares, conduzindo informações referentes à sua área de atuação, bem como na formação de grupos de reflexão, nos quais o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (CFP, 2007).

Quando praticada no contexto do hospital geral, a formação do psicólogo passa a ser questionada pelos demais profissionais, pois os psicólogos, em sua maioria, transpõem, sem as devidas adequações, os modelos clínicos tradicionais para um contexto com dinâmica e demandas diversas (Nunes & Prebianchi, 2011). No que diz respeito à saúde pública, isto dificulta ao psicólogo atuar diante das demandas de clientes e instituições de saúde e adaptar-se ao perfil que é requerido aos profissionais nestas instituições (Giacomozzi, 2012). De acordo com Moura (1999 citado por Torezan, Calheiros, Mandelli, & Stumpf, 2013), as reformulações dos currículos de Graduação em Psicologia estão vinculadas aos sistemas políticos vigentes, o que enfatiza uma formação reducionista e tecnicista que reflete na lacuna também

presente entre a teoria e a prática profissional diante das demandas sociais na área de atenção à saúde.

Em decorrência da grade curricular dos cursos de Graduação em Psicologia, os profissionais interessados em atuarem neste contexto buscam cursos de Aprimoramento e Residência após a Graduação (Nunes & Prebianchi, 2011). Prioritariamente, além desses cursos de Graduação incluírem disciplinas que embasem a atuação na área da saúde, devem estruturar os cursos de modo a possibilitarem a participação dos discentes no processo de construção do conhecimento (Weber, 1985 citado por Torezan *et. al.*, 2013). Torna-se importante ressaltar que a formação profissional ocorre gradativamente a partir do acúmulo de conhecimentos teórico-práticos decorrentes das experiências profissionais, pois a formação se faz a partir do acordo e confronto com as realidades das atuações profissionais (Santos & Jacó-Vilela, 2009).

1.2. A Equipe Multidisciplinar e o Contexto Hospitalar

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser compreendida como um direito de todos e um dever do Estado. Iniciou-se, assim, a construção da política pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política pública desenvolveu-se com foco em trabalhar contra a desigualdade no acesso da população à saúde, de modo a substituir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – sistema contributivo – e proporcionar o direito de acesso à saúde às pessoas menos favorecidas econômica e socialmente, as quais não o possuíam até então.

A modulação para implantação do SUS ocorreu mediante a promulgação das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, e o início da implantação e funcionamento do SUS sucedeu a Norma Operacional Básica de 1996 (implantada em 1997 e 1998),

que proponha a integração dos entes federados no sistema, ao ter em vista mudar o sistema de financiamento (Souza, 2007). A proposta do SUS também está diretamente relacionada à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que demarcou historicamente a reformulação do conceito de saúde no Brasil ao abandonar a definição de ausência de saúde para entendê-la a partir do modelo biopsicossocial, o qual compreende a saúde como uma junção de fatores físicos, psíquicos e sociais. Deste modo, a mente e o corpo são percebidos enquanto constituintes de uma unidade que se encontra em interação com o meio em que o indivíduo vive, ao considerá-lo em sua integralidade a partir de um olhar contextualizado (Chiararia, 2015).

A implantação do SUS, enquanto política pública, objetiva reduzir as desigualdades em saúde, as quais podem ser acompanhadas a partir de indicadores de desenvolvimento econômico, renda, educação e emprego (Souza, 2007). Para tanto, o SUS propõe doutrinas que buscam reduzir as desigualdades e garantir a igualdade no direito à saúde a todos os cidadãos, sendo elas: a equidade, ao respeitar a igualdade de acesso e oferecer o atendimento necessário a todos os cidadãos; a universalidade, garantindo o direito de todos os cidadãos de acesso a todos os serviços públicos de saúde; e a integralidade, que compreende integralmente o cuidado ao indivíduo como ser biopsicossocial – também inclui a garantia integral de cuidado à saúde, promoção, proteção e recuperação, nos setores de atendimento quanto ao grau de complexidade (Souza, 2007). Assim, com a mudança de foco da atenção à saúde, busca-se expandir o acesso à saúde principalmente em questões de prevenção e promoção.

Todas as doutrinas estão inter-relacionadas, ou seja, para que uma seja colocada em prática, é necessário que a anterior já esteja em funcionamento (Brito-

Silva, Bezerra, & Tanaka, 2012; Souza, 2007). De tal modo, para que se alcance a proposta de um atendimento integral, é preciso que o atendimento seja universal, de acesso possível a todos. Para que todos tenham acesso – além de questões econômicas e governamentais –, deve ser oferecida atenção à necessidade do indivíduo, e, para que esta atenção seja devidamente oferecida, o direito de todos de acesso igualitário à saúde e o dever de oferta do Estado devem ser estabelecidos.

A ação que promove a integralidade pode ser compreendida a partir de cinco fatores: as práticas dos profissionais da saúde, a organização e as prática dos serviços de saúde, e as políticas de saúde quanto a sua abrangência, e quanto ao foco e à extensão. O primeiro corresponde à mudança na formação e atuação dos profissionais para uma visão integral que considere os fatores sociais e coletivos, e não os fragmente mais; o segundo corresponde à organização dos serviços de saúde para que atendam amplamente as necessidades. O terceiro está relacionado ao alcance das respostas dadas pelas instâncias governamentais diante dos problemas de implantação do sistema de saúde; o quarto fator envolve o comprometimento e responsabilidade da equipe de saúde para proporcionar escuta e atendimento às necessidades de saúde do indivíduo, e o quinto possibilita pensar a atenção em saúde em uma rede, articulando entre si os setores de diferentes níveis de complexidade (Brito-Silva *et. al.*, 2012).

Com a evolução de novos conceitos a respeito da construção dos conhecimentos científicos e, neste caso especificamente, da saúde, o conceito e a prática da interdisciplinaridade desenvolveram-se nas sociedades contemporâneas. O conceito de interdisciplinaridade, por exemplo, recebeu influência do princípio de integralidade proposto pelo SUS, pois a atenção à saúde passou a envolver práticas que levam em conta as complexidades presentes nos problemas de saúde (Chiararia,

2015). Deste modo, se contrapõe ao paradigma cartesiano que se caracteriza pela fragmentação dos conhecimentos e pela criação das diversas especialidades. De acordo com Feriotti (2009), a interdisciplinaridade possibilita ações para a saúde que unifiquem os elementos biopsicossociais ao propor: articulação entre diferentes áreas do conhecimento e as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; diversos serviços e instituições; necessidades individuais e sociais/coletivas para compreensão dos processos de saúde-doença e estratégias de intervenção; e as políticas públicas para garantir o acesso entre os níveis de atenção à saúde. Bem como, amplia as possibilidades de intervenção e reorganiza os processos de trabalho.

Por razão dos diferentes modos de interação entre as especialidades, pode-se estabelecer diversos níveis de interdisciplinaridade, pois, ao ser praticada, proporciona uma aproximação entre as áreas dos saberes e suas práticas para apoiar as ações na saúde de modo contextualizado diante da sua complexidade e extensão (Giacomozzi, 2012). Assim, temos o trabalho multidisciplinar que possibilita ampliar a compreensão acerca da realidade humana a partir da diminuição da desigualdade na valorização dos trabalhos dos profissionais e nas tomadas de decisões ao considerar a interdependência dos saberes; a interdisciplinaridade, compreendida como uma troca intensa de saberes profissionais com ações de reciprocidade diante de um mesmo caso de modo a oferecer uma atenção diferenciada (Oliveira *et. al.*, 2011); e a transdisciplinaridade, que corresponde às ações definidas e planejadas em conjunto, nas quais desaparecem os lapsos entre as diferentes especialidades (Tonetto & Gomes, 2007).

Para tanto, as diretrizes do SUS propõem diversas formas de redes de relações nos âmbitos interpessoal, interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial por meio de uma nova compreensão de cuidado à saúde e de mudança na assistência. De acordo

com Feriotti (2009), tais aspectos influenciaram o desenvolvimento de equipes multidisciplinares – também denominadas multiprofissionais –, as quais correspondem a grupos que apresentam e atuam nas formações de redes em suas práticas diárias para enfrentar obstáculos como: a formação dos profissionais e a configuração das instituições que são demarcados pela fragmentação dos conhecimentos, a setorização do trabalho, e as estruturas hierárquicas de poder e de cultura corporativa.

Deste modo, após a implementação do modelo biopsicossocial de atenção à saúde, buscou-se a promoção de práticas em equipes multidisciplinares e interdisciplinares para fornecerem cuidados caracterizados pela rapidez e praticidade no alívio dos sintomas, maior adesão aos tratamentos e o desenvolvimento de estratégias para um ambiente de trabalho mais tranquilo com práticas eficazes e seguras. Para que o conceito da integralidade seja atingido, é necessário que as equipes multidisciplinares e as instituições desenvolvam estratégias que possibilitem trocas criativas entre as diferentes áreas do conhecimento, proporcionando uma horizontalidade dos poderes, corresponsabilidades e auto-organização, ou seja, uma transformação das estruturas, dos valores e hábitos adquiridos (Feriotti, 2009).

Com o advento das equipes multidisciplinares, aumentou a inserção dos profissionais que atuam na área da saúde. Como é o caso da instituição hospitalar que, segundo Tonetto e Gomes (2007), abrange um grande número de especialidades profissionais para assistir aos pacientes e tornou-se um campo de atuação para especialidades emergentes nesta área, por exemplo, a Psicologia. Pois é por meio da interação presente entre os membros da equipe multidisciplinar que se torna possível aprimorar este tipo de trabalho em atenção à saúde. Entretanto, reconhece-se que as especialidades possuem diferentes focos, o que as faz divergir quanto à capacitação

do profissional apto a trabalhar em equipe, possibilitando a promoção de conflitos nas relações intersubjetivas entre os membros da mesma (Kirchner, Granzotto, & Menegatti, 2012).

1.3. O Psicólogo na Equipe Multidisciplinar

O modelo de atenção à saúde esteve centralizado no ambiente hospitalar desde a década de 1940, em decorrência da proposta de um modelo clínico-assistencialista de cuidado. O psicólogo, a partir da regulamentação de sua formação e profissão em 27 de agosto de 1962, no Brasil, pela Lei nº 4.119/1962, atuava, principalmente, em consultórios particulares e instituições psiquiátricas. Com o novo desenho do mercado de trabalho na área da saúde, por volta da década de 1960, os hospitais gerais tornaram-se um novo contexto para o exercício da Psicologia, o que promoveu a criação de mais um campo de atuação específico: a Psicologia Hospitalar (Melo, 2015).

A mudança do conceito de saúde e o ingresso do modelo biopsicossocial promoveram novas formas de atuação da Psicologia na área da saúde; este campo de atuação é denominado, em outros países, Psicologia da Saúde – *Health Psychology* – caracterizando as práticas realizadas em instituições de nível primário, secundário e terciário; o conceito de “hospital” corresponde aos níveis secundário e terciário, apenas. A Psicologia Hospitalar pode ser compreendida enquanto parte da Psicologia da Saúde, a qual, por sua vez, é considerada um subcampo da Psicologia. No contexto hospitalar, o psicólogo não irá atuar diretamente nos processos de doença, como cabe ao médico, mas irá auxiliar o paciente na busca pela reorganização do equilíbrio psicológico perdido em razão da doença (Melo, 2015).

A Psicologia, como ciência, já nasceu com uma contradição entre ser uma Ciência Humana ou da Saúde, em decorrência de fatores históricos e culturais. Assim,

no momento em que a Psicologia Hospitalar volta-se para uma atuação específica na área da saúde, vem a ocupar um lugar distinto dos demais profissionais que se encontram na área das Ciências Médicas.

Ao se considerar o trabalho em equipe como o contexto propício para que o psicólogo exerça seu trabalho no hospital, uma compreensão por parte dos demais profissionais frente ao seu papel faz-se fundamental. De acordo com Kirchner *et. al.* (2012), a equipe multidisciplinar descreve e considera importante algumas características em relação às atuações dos psicólogos, tais como: “falar coisas que agradem”, “saber elogiar”, “ser afetivo”, “ter habilidade para adivinhar o que as pessoas estão pensando”, “ter a voz calma”, “saber receitar medicamento” e “saber deixar o paciente calmo”. Tais percepções podem ser decorrentes da falta de conhecimento de cada especialidade a respeito da outra (Waisberg, Veronez, Tavano, & Pimentel, 2008), pois desconhecer as demais especialidades inviabiliza a compreensão acerca das atitudes que caracterizam a boa atuação. Na maioria das vezes, o desconhecimento das especialidades a respeito da atuação da Psicologia não se restringe apenas ao contexto hospitalar, mas à ciência da Psicologia como um todo, o que muitas vezes diminui o impacto da presença do psicólogo, levando-o a atuar em consonância ao que os demais membros da equipe esperam dele (Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt, & Cardoso, 2004 citado por Morais, Castro, & Souza, 2012).

O trabalho em equipe mostra-se como fator fundamental para proporcionar o reconhecimento das atribuições às diferentes áreas de atuação no campo da saúde, principalmente em relação à Psicologia (Tonetto & Gomes, 2007). Contudo, quando há equívocos na forma como a equipe lida com as demandas que recebe, o psicólogo comumente é responsável apenas pelo cuidado dos aspectos subjetivos da doença, de maneira a impedir a compreensão por parte dos outros envolvidos em relação às

possibilidades de atuação deste profissional (Waisberg *et. al.*, 2008). No entanto, deve ser ressaltado, também, o pouco conhecimento do próprio psicólogo frente ao seu papel na instituição e às tarefas que lhe são designadas (Chiattonne, 2000 citado por Waisberg *et. al.*, 2008). Este problema muitas vezes decorre da formação, conforme citado anteriormente, pois, se não houver consolidação da ciência da Psicologia, dificilmente haverá estruturação do trabalho com um planejamento específico, variação dos conhecimentos e intervenções aplicadas de acordo com o contexto (Torezan *et. al.*, 2013).

Ainda sob o ponto de vista da equipe multidisciplinar, dentre as atividades a serem realizadas pelo psicólogo hospitalar, incluem-se as seguintes: avaliação e acompanhamento psicológico ao paciente – internação e ambulatorial –, atendimentos individuais, escuta, intermédio na relação entre o paciente e seu sofrimento/quadro clínico, além de suporte, apoio emocional, orientações e interconsulta. Em relação à família, as funções podem ser de caráter individual e/ou grupal, oferecendo explicações sobre a doença e o tratamento, informando sobre o falecimento de um paciente, e dando suporte, apoio emocional e orientações. Conforme pontuado por Kirchner *et. al.* (2012), Tonetto e Gomes (2007) e Waisberg *et. al.* (2008), a equipe multidisciplinar também descreve as funções da Psicologia junto a ela a partir de atendimento grupal e/ou individual, pela participação dos psicólogos nas reuniões de equipe, e pela qualificação da mesma para torná-la autônoma em decorrência da falta de disponibilidade da Psicologia para atender suas necessidades.

O psicólogo hospitalar propõe-se a uma escuta diferenciada ao paciente e à proposição de estratégias aos membros da equipe para lidarem com as manifestações de sofrimento vivido pelos pacientes frente à doença e à hospitalização. As ações não estão restritas ao paciente, estendendo-se aos familiares e às equipes, pois as

intervenções visam a proporcionar um olhar diferenciado e integral ao paciente (Morais *et. al.*, 2012). Ao psicólogo cabe, segundo Chiararia (2015), atuar junto ao coletivo, às práticas preventivas e de tratamento, ao ter em vista diagnosticar e compreender o conteúdo envolvido nas queixas, sintomas e patologia, possibilitar estabelecer o vínculo entre o paciente e a equipe multiprofissional, e contribuir para a humanização no ambiente hospitalar. Conforme pontuaram Torezan *et. al.* (2013), a escuta é uma atividade específica e prioritária do psicólogo. Deste modo, a atuação do psicólogo deve estar em consonância com a demanda hospitalar, a qual requer assistência aos pacientes, principalmente àqueles que dificultam a aderir aos tratamentos, para que o fluxo das atividades seja devidamente realizado (Santos, 2008).

A atuação do psicólogo junto à equipe é caracterizada pela discussão das ações a serem tomadas para assistir ao paciente e enquanto tradutor das relações médico/enfermeiro-paciente-família, atuando no sentido de minimizar atritos que possam existir nestas relações (Saldanha, Rosa, & Cruz, 2013). Esta atuação como membro da equipe multidisciplinar pode ocorrer de modo informal ou formal; a primeira está relacionada às atividades de acompanhamento, orientação e suporte; já a segunda depende da abertura e desejo das equipes em participarem das propostas as quais direcionam a escuta aos cuidadores que enfrentam momentos de impotência diante de alguns casos clínicos (Morais *et. al.*, 2012). Os sentimentos e posicionamentos da equipe multidisciplinar diferem-se frente ao ingresso da Psicologia, como apresenta Tonetto e Gomes (2007), a equipe reconhece a importância da presença do psicólogo e da troca de conhecimentos, também sente a necessidade de ser qualificada para poder atender às necessidades dos pacientes, ao passo que nem sempre o psicólogo pode estar presente para atendê-la.

Deste modo, o psicólogo no contexto hospitalar e como membro da equipe multidisciplinar deve ter em vista a grande variedade de atividades a ele designadas. Tais como, mediador do vínculo entre paciente e demais profissionais que executam os procedimentos técnicos, a integração entre os membros dessa equipe por meio de diálogo e a troca de informações favorecida pela presença do psicólogo, conforme apresentadas na Resolução CFP nº 013/2007.

Contudo, são encontrados obstáculos para esta atuação que precisam ser contornados de modo a delinear melhor o espaço de atuação do psicólogo junto à equipe multidisciplinar, diante da perspectiva de um cuidado integral e integrado (Maldonado & Canella, 2003). Dentre os principais obstáculos, encontram-se: a idealização da expectativa da equipe frente à entrada do psicólogo e a ilusão do psicólogo em resolver o que lhe é solicitado; segundo os autores acima, estes aspectos impossibilitam que o contato profissional seja construído a partir de uma perspectiva real do que é esperado e ofertado nesta relação entre o psicólogo a equipe de saúde. Ou seja, caso a equipe receba o psicólogo com o olhar de solucionador dos problemas, e o psicólogo aceite a posição de resolver sozinho questões com as quais a equipe não consegue lidar, a inserção ocorrerá inadequadamente, sendo este o principal responsável para um possível fracasso no trabalho da Psicologia no hospital.

De acordo com Nunes e Prebianchi, 2011, há outros aspectos que influenciam o trabalho do psicólogo na equipe multidisciplinar, são eles: ter uma comunicação efetiva com os membros da equipe multidisciplinar; estar interessado em aproximar-se das demais áreas profissionais; resolver o conflito representado pela alta demanda, pouca disponibilidade e falta de espaço para se reunir com os demais profissionais da equipe. Assim como a necessidade de o psicólogo ter que sustentar seus conhecimentos frente às especialidades da equipe, buscar interagir e obter o

reconhecimento dos demais profissionais da equipe ao apresentar a influência dos aspectos emocionais nos quadros clínicos dos pacientes, de modo a eliminar os reducionismos profissionais por meio de diálogo entre as diferentes especialidades da área da saúde (Tonetto & Gomes, 2007). Segundo os mesmos autores, para a equipe multidisciplinar, as intervenções psicológicas seriam mais eficazes caso o profissional restringisse suas atuações a um número menor de unidades, assim, poderia investir mais tempo nas demandas em que suas atuações estão consolidadas, pois o número reduzido de psicólogos nas instituições hospitalares ocasiona em mais limitações.

O trabalho do psicólogo no hospital acontece junto à equipe multidisciplinar, de modo que estão presentes diferentes práticas e saberes que necessitam se aliar para que seja realizado um trabalho de qualidade que vise o benefício do paciente (Melo, 2015). Para tanto, um aspecto a ser atentado é a comunicação entre a Psicologia e os demais saberes específicos dos outros membros da equipe, pois favorece a compreensão sobre as possibilidades de atuação, incluindo uma visão ampliada sobre questões relacionadas à saúde do paciente (Resende, Santos, Souza, & Marques, 2007 citado por Kirchner *et. al.*, 2012). A comunicação promove o envolvimento dos membros da equipe e é a base para o relacionamento interpessoal, tornando-se, portanto, elemento fundamental para o bom funcionamento multidisciplinar.

Capítulo 2: Experiência e Vivência: Conceitos Norteadores na Pesquisa

Fenomenológica

Considerando a polissemia dos termos experiência e vivência no contexto da Psicologia, este capítulo tratará de defini-los e distingui-los a partir da Fenomenologia desenvolvida por Edmund Husserl e dos pressupostos da Psicologia Humanista, mais especificamente da Abordagem Centrada na Pessoa.

Edmund Husserl (1859-1938) foi um matemático alemão que também se dedicou aos estudos filosóficos. Na época, o pensamento ocidental era regido pelo racionalismo positivista do pensamento cartesiano, filosofia desenvolvida por Descartes no século XVII, aplicado às ciências naturais, fatos racionalmente acessíveis, sob a ideia de dicotomia entre consciência e matéria, e na ciência, entre sujeito e objeto. Orientado pelo desejo de compreender o sentido de um evento psíquico singular a partir da subjetividade, ou seja, a experiência da história de vida de um indivíduo em contexto histórico único, em vista de compreender suas motivações e sentidos, o que já não era mais possível por meio do método vigente à época, Husserl criou uma nova filosofia denominada Fenomenologia (Amatuzzi, 2009; Mahfoud & Massimi, 2013).

A palavra Fenomenologia significa estudo ou ciência do fenômeno, entendido como aquilo que aparece, se manifesta, se revela, ou seja, tudo aquilo sobre o que se pode ter consciência (Husserl, 2002). Desse modo, Husserl desenvolveu uma atitude e um método fenomenológicos. Propôs, para acessar o fenômeno, a necessidade de “voltar às coisas mesmas”, ou seja, direcionar o olhar para a essência, o sentido daquilo que se apresenta à consciência, o imediatamente dado (Ales Bello, 2006). O meio para se ter acesso à essência do fenômeno, ou seja, à sua característica estrutural, é atentar-se a compreender os significados das vivências imediatas da

consciência, referentes à subjetividade do indivíduo (Husserl, 2002).

Para entrar em contato com os elementos essenciais da estrutura do fenômeno, deve-se seguir os pressupostos básicos fenomenológicos: o primeiro é a atitude fenomenológica, também denominada de redução fenomenológica ou *epoché*. Esta redução é caracterizada pela abstenção de julgamentos, ou seja, colocar entre parênteses a realidade como senso comum, os pressupostos e os juízos a respeito de determinada experiência. Esta atitude possibilita que o mundo se apresente como fenômeno da maneira como este se apresenta à consciência (Husserl, 2002).

Corresponde ao caráter *a priori*, o qual busca voltar-se às coisas mesmas. Portanto, a Fenomenologia é responsável por descrever o fenômeno em sua estrutura inseparável das vivências. Sendo assim, tem-se a redução eidética, que ocorre de modo a, após atentar-se ao fenômeno, buscar por suas essências e, para tanto, a Fenomenologia faz uso da análise descritiva das vivências da consciência (Husserl, 2002). Não corresponde a uma descrição de fatos psíquicos, mas sim, das vivências subjetivas ao ter em vista o objeto desta relação (Mahfoud & Massimi, 2013). Deste modo, o interesse central da Fenomenologia é voltar-se ao significado da experiência a partir de uma complexa e rica descrição do fenômeno do modo como o mesmo é concretamente vivido (Finlay, 2009).

Husserl propõe a Fenomenologia com o intuito de contrapor-se ao pensamento cartesiano e ao psicologismo. De acordo com Mahfoud & Massimi (2013), até então, as correntes filosóficas seguiam concepções reducionistas que separavam razão e experiência, deixando de lado o voltar-se à essência do ser ao ter como objetivo analisar o sujeito do conhecimento; tais correntes respaldavam a delimitação científica da Psicologia nos moldes das ciências naturais. Após o século XX, descartou-se a ideia da dualidade cartesiana entre corpo e alma, passando-se a evidenciar a

dualidade entre experiência objetiva – referente ao objeto – e experiência subjetiva – interna, do próprio sujeito. No entanto, propunha-se um estudo objetivo da subjetividade reduzido ao estudo das sensações, o qual utilizava o método introspectivo experimental. Assim, o sujeito como ser ativo era desconsiderado, dando-se o mesmo em relação às experiências sensíveis – do sentido – e qualquer outra formação de significado e valoração fundamentados na experiência; esta atitude reducionista desconsidera que subjetivo refere-se à totalidade do ser (Mahfoud & Massimi, 2008).

Husserl buscou trazer à tona a subjetividade e o sentido da realidade; para tanto, considerou a necessidade de apresentar uma nova antropologia, ou seja, uma nova compreensão do ser humano e sua subjetividade para a área da Psicologia e, assim, diferenciar a experiência natural da experiência transcendental. A experiência natural caberia à ciência da Psicologia embasada no pensamento reducionista, ou seja, ao conhecimento das experiências acessíveis segundo o pensamento cartesiano; enquanto que a experiência transcendental está relacionada à intencionalidade da consciência, na qual o sujeito constituinte da experiência não é mais encoberto e pode se apresentar da forma mais pura, livre de julgamentos e valores (Husserl, 2002; Mahfoud & Massimi, 2013). Sendo assim, compreende-se a consciência como consciência de algo: deve haver um objeto para o qual se direcionar e, a partir dos pressupostos do método fenomenológico, pode-se compreender os fenômenos tal como os mesmos se apresentam à consciência (Husserl, 2002).

Desta maneira, compreende-se o método fenomenológico enquanto via que busca esclarecer o que é a realidade a partir da consciência e como é possível apreendê-la através da compreensão das essências dos fenômenos (Stein, 1917-22/2003 citado por Mahfoud & Massimi, 2013). Para a mesma autora, esta realidade

não corresponde à empírica, a qual existe independente do sujeito; ela considera o mundo objetivo correlacionado à vivência do sujeito, pois os objetos constituem as vivências, ao passo que as mesmas são intencionais, portanto, a realidade é considerada na medida em que os sujeitos a vivenciam. Estes sujeitos, por sua vez, quando abstraídos da realidade – abstidos de julgamentos, juízos e valores pressupostos – podem analisar suas próprias vivências. O sujeito puro constitui a estrutura essencial da consciência e atribui às diversas vivências a característica de serem pessoais, proporcionando unicidade às mesmas e constituindo o fluxo de vivências, o qual possibilita distinguir as pessoas entre si (Mahfoud & Massimi, 2013). Por sua vez, a intencionalidade da consciência, segundo os mesmos autores, constitui um aspecto de suma importância para a Fenomenologia husserliana, ao tornar este pensamento em uma ciência rigorosa da subjetividade que permite a superação da dualidade entre sujeito e objeto de conhecimento.

As definições sobre experiência e vivência precisam ser esclarecidas, pois são fundamentais numa pesquisa fenomenológica. Ao referir-se a uma conceituação psicológica de experiência, Amatuzzi (2007) apresenta uma releitura da definição oferecida por Rogers (Rogers & Kinget, 1977), que a compreende como tudo o que se passa no organismo e que esteja potencialmente disponível à consciência de maneira imediata, não se tratando de um acúmulo de conhecimentos passados. Esta concepção assemelha-se àquela proposta por Ales Bello (1939/2015), que compreende a experiência enquanto um movimento passível de ser conhecido por uma subjetividade e que envolve a relação do ser humano com o mundo exterior e consigo mesmo.

Amatuzzi (2007) contribui, ainda, com a explicação de que a expressão da experiência se dá por meio do processo de simbolização. Do ponto de vista da atenção

psicológica e da pesquisa de inspiração fenomenológica, trata-se de buscar compreender as vivências. De acordo com Ales Bello (1939/2015), a vivência vai além de uma representação ou sensação. Para que possa compreender a vivência, Mahfoud e Massimi (2013) ressaltam que os aspectos subjetivos e objetivos presentes na relação devem ser considerados; os primeiros são caracterizados pela percepção, e os segundos constituem o próprio objeto que irá fazer emergir a vivência – percepção, recordação, imaginação, vontade, fantasia sempre “de algo”. Ao considerar ambos os elementos, a dicotomia entre sujeito e objeto é, portanto, superada.

Desse modo, conforme pontuou Stein (1917-22/2003 citado por Mahfoud & Massimi, 2013), o olhar fenomenológico volta-se para a subjetividade, pois é por meio da mesma que se pode evidenciar a essência de cada aspecto que a constituiu. Stein apresenta a subjetividade de forma tripartida entre: corpo vivo, psique e espírito/consciência que estão interconectados e que propiciam as vivências. O corpo vivo é o meio de acesso físico com o mundo exterior através das sensações e é meio de expressar as vivências internas; a psique se constitui a partir da vinculação com o corpo, se assemelharia à personalidade, correspondendo a estados psíquicos subjetivos, e é capaz de ser modificada; e a consciência pura representa o fluxo das vivências (unidade das vivências) ao apreendê-las por meio de suas expressões.

Há, portanto, diversas modalidades de vivência: corpórea, que permite ao sujeito perceber algo por meio físico, tátil, visual, auditivo; psíquica, a qual trata de uma reação – de não causalidade – da psique a partir da vivência corpórea, as reações não são previsíveis, pois simbolizam as percepções de maneira dialógica à personalidade do sujeito, e caracterizam seus estados psíquicos. Finalmente, tem-se a vivência espiritual, que consiste numa ação avaliativa em relação às demais

vivências do sujeito. As vivências são, portanto, as reações que o sujeito tem ao se relacionar com o mundo exterior e com seu mundo interno de maneira interdependente.

Por sua vez, a experiência fenomenologicamente compreendida diz respeito à simbolização da vivência, uma reflexão diante do vivido (Amatuzzi, 2007). Para que seja possível ter contato com o sentido expresso, é preciso compreender que todo ser humano possui uma consciência que lhe possibilita conhecer o mundo; deste modo, ir ao encontro do sentido permite encontrar a experiência viva, ou seja, a vivência (ou vivido) (Ales Bello, 1939/2015). Portanto, as vivências – o imediatamente dado à consciência intencional em relação com o mundo exterior e consigo mesmo –, que podem ser vivências do corpo, vivências da psique e vivências do espírito, ao serem conhecidas de maneira consciente e terem simbolizado aquilo que se apresenta nas relações, compõem a experiência. Como se a experiência fosse o cacho de uva e as vivências fossem os seus bagos.

Capítulo 3: O Processo Metodológico da Pesquisa

3.1. A Pesquisa Qualitativa

Atualmente, a pesquisa qualitativa já não é mais caracterizada nos meios científicos como negação ao modelo quantitativo (Flick, 2009). Este tipo de pesquisa surgiu não em oposição ao método quantitativo, mas como uma maneira de possibilitar a abertura a novos conhecimentos e respostas às perguntas que não poderiam ser respondidas apenas ou por meio de números e quantidades (Gibbs, 2009).

O raciocínio dedutivo busca testar uma hipótese que partiu de uma lei geral, de modo a confirmá-la ou refutá-la. Já o raciocínio indutivo, cria questões de pesquisa por meio de informações acessadas e formula categorias a partir das quais busca padrões em vista de desenvolver ou comparar teorias (Chalmers, 1993). Em relação à pesquisa qualitativa, de um modo geral, objetiva produzir teorias e novas explicações por meio da lógica indutiva que, conforme pontua Gibbs (2009), prioriza o desenvolvimento de teorias e conceitos durante o processo de coleta de dados, tendo em vista justificar as generalizações e criar novas visões; no entanto, pode existir, também, uma lógica dedutiva neste método de pesquisa, pois, durante a análise qualitativa, esta é conduzida por informações e ideias já existentes.

Por esta razão, a pesquisa qualitativa aborda o mundo em que o objeto de estudo se encontra a fim de compreender, descrever e explicar os fenômenos sociais a partir de análise de experiências individuais ou de grupos, observação de interações e comunicações, e investigação de documentos (Flick, 2009).

Algumas características da pesquisa qualitativa a diferenciam da pesquisa quantitativa: em relação ao pesquisador, este tem acesso direto ao participante e/ou ao local onde a pesquisa será realizada de modo que acesse maior gama de detalhes

possível; busca envolvimento com os participantes; abstém-se de estabelecer conceito definido a ser estudado e de formular hipóteses antes de dar início à pesquisa; o pesquisador é uma parte importante do processo de pesquisa e não é neutro quando em contato com o objeto de estudo. Em uma esfera mais ampla, a pesquisa qualitativa utiliza métodos múltiplos interativos; os métodos e teorias são adequados à questão de pesquisa e caracterizados enquanto emergentes, o que impossibilita um delineamento estrito previamente à pesquisa; é interpretativa de acordo com o contexto e situação na qual o pesquisador se encontra; e o olhar para os fenômenos sociais é holístico (Creswell, 2007; Flick, 2009).

A coleta de dados em uma pesquisa qualitativa é caracterizada por selecionar, intencionalmente, os seus participantes e, por vezes, os locais onde serão encontrados e/ou observados (Creswell, 2007). A análise dos dados envolve ressaltar os sentidos presentes nos registros realizados, de modo que busca investigar a maneira como os indivíduos constroem o mundo a sua volta de forma que lhe seja oferecida uma visão rica em detalhes (Flick, 2009).

Alguns aspectos presentes no delineamento do método de pesquisa qualitativa são descritos por Flick (2009): o primeiro corresponde à amostragem que, no caso da pesquisa qualitativa, envolve a questão de pesquisa ou a intervenção, e pode ocorrer de duas maneiras: a formal – lançando mão de critérios pré-estabelecidos –, e a mais flexível – que visa às necessidades que surgirem durante o processo da pesquisa; o segundo diz respeito à variabilidade que neste tipo de pesquisa está presente na relevância de escolha dos participantes, a partir de critérios de inclusão bem definidos, porém, que contemplem diferentes experiências. A representatividade não está relacionada ao montante populacional, mas sim, ao fato de que os participantes devem caracterizar um conjunto que represente a relevância do fenômeno estudado,

o que torna de suma importância uma boa seleção. O terceiro aspecto refere-se à qualidade da pesquisa, que pode ser verificada a partir da constância presente na padronização da situação de pesquisa em relação ao delineamento metodológico. Assim como, em relação à generalização – compreendida a partir da plausibilidade – , que é possibilitada por meio da similaridade, até certo ponto, ao se considerar o contexto e a situação para uma generalização interna.

Quando se trata de uma pesquisa qualitativa na área das Ciências Humanas e da Saúde, algumas outras questões tornam-se relevantes. De acordo com Turato (2005), o objeto de estudo não é o fenômeno em si, mas a compreensão acerca de seu significado individual ou coletivo para aqueles que o vivem. Logo, busca-se compreender as vivências e as representações delas para os sujeitos. A presente pesquisa foi, então, delineada como qualitativa sob uma perspectiva epistemológica advinda da Fenomenologia proposta por Edmund Husserl.

3.2. O Método Fenomenológico Husserliano

Uma epistemologia de base fenomenológica busca compreender o sujeito a partir de seu modo de conhecer o mundo. Para que a filosofia de Husserl possa ser aplicável à ciência psicológica, é preciso que passe por modificações, pois ambas são distintas em sua natureza e propósito (Giorgi, 2010).

A Fenomenologia tem como objetos de estudo a imaginação, a percepção e as relações inter-humanas enquanto vivências que possibilitam a investigação sobre a estrutura do fenômeno, o que, segundo Amatuzzi (2009), implica em direcioná-la aos mesmos objetos de estudo da Psicologia. Neste sentido, pode-se afirmar que a Psicologia Fenomenológica nasceu do interior da própria Psicologia e não da Filosofia.

Assim, os princípios inter-relacionados que caracterizam o método fenomenológico de inspiração husserliana, em parte, são os mesmos da

Fenomenologia enquanto filosofia. No entanto, para um estudo psicológico, possuem um caminho específico a ser percorrido.

Primeiramente, a redução fenomenológica, também compreendida como *epoché*, corresponde à suspensão dos conhecimentos prévios e teóricos a respeito do fenômeno que se busca conhecer, é a característica fundamental para caracterizar uma pesquisa como fenomenológica (Giorgi, 2010). Isto não quer dizer que os conhecimentos já existentes são negados em sua veracidade, são apenas deixados de lado por um certo momento para que se possa conhecer, em primeira mão, o fenômeno que se busca estudar.

O segundo princípio refere-se à descrição da experiência do indivíduo, tendo em vista revelar as estruturas essenciais do fenômeno (Finlay, 2009). E o terceiro é a busca pelas essências, também denominada redução transcendental ou eidética (Giorgi, 1997 citado por Finlay, 2009). As essências, conforme pontua Ales Bello (2006), são caracterizadas por corresponderem à estrutura imutável dos fenômenos que possibilita àquele que os percebe intuir seus sentidos.

Por tais características, na pesquisa fenomenológica, o papel do pesquisador pode ser apresentado de uma maneira diferenciada do comumente observado nas demais pesquisas qualitativas. Neste âmbito, o pesquisador apresenta-se com um papel ativo importante. Dele espera-se uma atitude fenomenológica que o levará a abrir-se à experiência do outro (Finlay, 2009). Esta atitude tem afinidade com as atitudes descritas por Carl R. Rogers (1902-1987), psicólogo norte-americano, que desenvolveu a Abordagem Centrada na Pessoa e os seus princípios; esta abordagem faz parte da Psicologia Humanista, desenvolvida a partir dos anos 40 do século XX por diversos psicólogos nos Estados Unidos da América.

Inicialmente, deve-se enfatizar que a Abordagem Centrada na Pessoa não se caracteriza como uma teoria ou uma filosofia, mas sim, como um modo de ser (Amatuzzi, 2012). Este modo de ser é caracterizado por algumas atitudes, as quais possuem valores subjacentes anteriores aos comportamentos. As atitudes são: aceitação positiva incondicional, a qual considera que nenhuma experiência humana tem valor em si mesma, mas sim, a partir de seu significado para alguém, desta forma cada pessoa deve ser valorizada positivamente de maneira incondicional; compreensão empática definida a partir da capacidade de percepção, quando diante do referencial interno do outro, de seus elementos emocionais e significações e aceitação do seu ponto de vista, em uma atitude de abertura para os seus significados; e a autenticidade ou congruência, que corresponde à intencionalidade de estar presente como pessoa íntegra e genuína consigo mesma e na relação com o outro (Amatuzzi, 2012; Rogers, 1959).

Por assim ser, quando diante do participante, o pesquisador deve abster-se de três pressuposições e/ou conhecimentos: 1) as teorias científicas, conhecimento e explicações estudadas anteriormente; 2) questionar a verdade ou mentira diante do que é expresso pelo participante; 3) suspender seu olhar pessoal, fruto de sua experiência, que poderia encobrir a expressão do fenômeno por parte do participante (Ashworth, 1996 citado por Finlay, 2009). Este momento pode ser caracterizado como um encontro dialógico, ou seja, uma relação fecunda na qual é possibilitado o desdobramento dos sentidos da vivência entre as subjetividades envolvidas (Amatuzzi, 2012).

O encontro dialógico corresponde ao processo de conhecer a outra pessoa, ou seja, captar o sentido da subjetividade, e envolve a experiência de si e a do outro. Percebe-se o outro com tudo o que o constitui, e esta percepção ocorre por meio da

empatia, uma vivência representativa a partir da própria experiência das expressões corpóreas e de linguagem dos pensamentos e reflexões. Corresponde a um entrelaçar entre a experiência própria e a experiência do outro presente naquele momento (Mahfoud & Massimi, 2013). Deste modo, é necessário atentar-se para a relação intersubjetiva entre o pesquisador e o participante, pois, quando em contato com a singularidade do outro, o sujeito está conectado de tal forma que se sente transformado internamente por ela; desta forma, o significado da experiência, quando expresso, é acessível ao outro (Giorgi, 2010). Neste sentido, o pesquisador é, também, participante numa pesquisa fenomenológica, ao passo que a interação entre duas subjetividades verdadeiras e inteiras é a base para o processo da pesquisa com método de inspiração fenomenológica.

As relações terapeuta-cliente possuem características de estrutura e de qualidade, as quais também estão presentes na relação entre pesquisador-participante (Rogers & Kinget, 1977). A estrutura é definida pelo objetivo, pela finalidade e pelos papéis desempenhados em uma relação, já a qualidade está presente de acordo com algumas atitudes a serem tomadas pelo pesquisador: compreensão empática, respeito e aceitação. A compreensão é primordial em um diálogo, ao possibilitar a apreensão do sentido das palavras e expressões do outro, demandando, assim, o uso da atitude empática; o respeito e a aceitação proporcionam, ao outro da relação, a liberdade de ser si mesmo; o respeito também está embasado no reconhecimento de que o outro é um ser único, e a aceitação positiva corresponde a uma posição acolhedora, pois aceita o outro como tal (Rogers & Kinget, 1977).

Os aspectos exploratório e compreensivo da Fenomenologia tornaram-se importantes enquanto método nesta pesquisa. Assim, ao propor ao pesquisador a

redução fenomenológica para a suspensão de juízos, apresenta-se como uma via capaz de fortalecer a compreensão dos dados e cumprir as exigências de transparência e rigor de um método científico (DeCastro & Gomes, 2011). O método fenomenológico em pesquisa na Psicologia possui quatro características básicas: rigor na descrição, uso da redução fenomenológica, ênfase na relação intencional entre pessoa e situação, e preocupação em revelar a essência imanente numa dada experiência humana (Giorgi, 1989 citado por Finlay, 2009). Desta forma, oferece um caminho que pode ser percorrido de diversas maneiras a depender do autor/filósofo de base para orientação, no entanto implica sempre na necessidade de validação do processo de análise dos dados descritivos e da interpretação dos mesmos (DeCastro & Gomes, 2011).

3.3. Narrativa como Estratégia Metodológica

Sendo o objetivo da Fenomenologia estudar o significado das vivências, necessita – por via da intencionalidade da consciência – a volta ao fenômeno (objeto de estudo) como este se apresenta à mesma. Para entrar em contato com o fenômeno da experiência dos participantes, é necessário que os mesmos comuniquem suas experiências, sentimentos e percepções diante de tal objeto.

O contato com a experiência vivida do outro ocorre por meio da linguagem expressa verbal e corporalmente e isto somente é possível a partir da interação entre as subjetividades presentes no mesmo contexto, cujos envolvidos se reconhecem de maneira pura como se apresentam (Mahfoud & Massimi, 2013). A constituição deste encontro dialógico possibilita a escuta e a atenção psicológica que enfatizam a importância do vivido pelo participante (Amatuzzi, 2007).

O relato de cada participante é, portanto, visto como um narrar de sua própria história e de seus significados simbolizados, a partir da relação estabelecida no

encontro com o pesquisador. Neste encontro, o pesquisador-psicólogo entra em contato com a essência do objeto de estudo por meio da significação que cada participante dá à sua própria experiência. Assim, a experiência do outro se torna acessível ao pesquisador, que a experiencia pessoalmente ao se deixar impressionar pelo relato do participante, conectando-a à sua própria experiência (Dutra, 2002).

Em busca de expressar os significados das experiências dos participantes e manter as singularidades presentes, esta pesquisa utilizou como estratégia metodológica a escrita de narrativas compreensivas pela pesquisadora para descrever, compreender e analisar o fenômeno em foco. Por narrativa compreende-se, de acordo com Benjamin (1987), uma maneira de expressar, ao ouvinte, as experiências vividas, e uma de suas características fundamentais, como arte, encontra-se em evitar apresentá-la sob a forma de explicações; ou de comunicar uma informação ou um relatório da experiência (Dutra, 2002). O uso da narrativa, sob uma perspectiva fenomenológica, possibilita manifestar as dimensões das vivências, pois a experiência se reconstrói à medida que é narrada e apresenta-se como a forma mais adequada para proporcionar o reflexo da experiência humana (Benjamin, 1987; Dutra, 2002).

Ao adotar a narrativa como estratégia metodológica, o pesquisador tem a oportunidade de atuar como ouvinte, observador e participante no encontro dialógico, pois se trata de um recurso que fornece ao pesquisador-narrador a oportunidade de descrever, a partir de sua consciência, a experiência narrada pelo participante para acessar suas vivências. Também propicia ao pesquisador acrescentar elementos que estiveram presentes durante o encontro dialógico e que estão além da experiência narrada, tais como suas próprias impressões frente ao vivido no encontro (Dutra, 2002). Desta forma, dá-se a importância da presença do pesquisador no contexto no

qual se insere e o torna sujeito em uma relação intersubjetiva (Dutra, 2002; Ramos, 2012).

Assim, as narrativas, no âmbito desta pesquisa, são construídas a partir dos elementos da experiência intersubjetiva estabelecida na relação dialógica entre o pesquisador e o participante (Ramos & Cury, 2008). Tem-se em vista realizar uma compreensão psicológica diante dos significados emergentes na experiência do pesquisador-narrador. Estes elementos são adequadamente acessados pela narrativa por esta compor uma estrutura aberta e flexível ao encarregar-se de representar as experiências humanas, as quais são, por sua vez, fluidas e variáveis (Ramos, 2012).

A compreensão dos significados que emergem nas narrativas pode ser modificada à medida que o pesquisador entra em contato com o que foi redigido por ele mesmo. Deste modo, estes significados não são considerados como cristalizados, pois fundamentam-se no fato de que a consciência, por si mesma, não é estática, ela se movimenta quando diante da experiência vivida (Ramos, 2012).

O processo de análise inicia-se, portanto, pela construção de uma narrativa compreensiva referente ao encontro individual do pesquisador com cada participante e, inevitavelmente, a primeira versão é caracterizada por ser mais descritiva. Em um momento seguinte, o pesquisador volta-se para cada uma das narrativas, objetivando reescrevê-las no sentido de aproximar-se das significações vividas durante cada encontro. Uma narrativa pode ser reescrita pelo pesquisador tantas vezes quanto se julgar necessário, até que alcance uma versão que lhe pareça mais próxima de uma compreensão abrangente dos significados da experiência narrada durante o encontro, ou seja, que possibilite alcançar a representação das vivências dos participantes. Nesta fase, pode-se utilizar um outro recurso: o pesquisador lê suas narrativas a um

grupo de pesquisadores próximos que se tornarão interlocutores ativos e interessados que farão observações no sentido de ajudá-lo a aproximar-se ainda mais dos significados das vivências dos participantes. No caso desta pesquisa, a pesquisadora leu cada narrativa durante as reuniões do Grupo de Pesquisa Institucional que inclui mestrandos, doutorandos e outros pesquisadores.

Na sequência, as narrativas compreensivas são lidas em conjunto, dando origem à construção de uma narrativa síntese, a qual visa apresentar a compreensão do pesquisador frente aos elementos significativos das experiências de todos os participantes. Este movimento de síntese possibilita que o pesquisador empreenda uma busca pelos elementos essenciais que estruturam o fenômeno humano pesquisado.

3.4. Desenho da Pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer nº 1.365.235 (Anexo 1). O contexto hospitalar foi escolhido por corresponder a um ambiente que proporciona mais facilmente a atuação em equipe de caráter multidisciplinar, pois agrupa um maior número de especialidades da área da saúde numa mesma ala ou setor com o objetivo de oferecer uma assistência integral aos pacientes. Deste modo, os cenários desta pesquisa são os hospitais que fazem parte da prática cotidiana dos psicólogos convidados a participarem.

Objetivo

Esta pesquisa teve a intenção de descrever e compreender fenomenologicamente a experiência de psicólogos em relação à participação como membros de equipes multidisciplinares em contexto hospitalar.

3.5. Dos Encontros Dialógicos à Construção das Narrativas

Participaram desta pesquisa nove psicólogos hospitalares. A escolha dos mesmos se deu a partir de contatos individuais da pesquisadora com cada um deles. Um destes participantes indicou mais dois que foram contatados pela pesquisadora.

Com relação ao número de participantes, uma definição estatística não se adequa ao método desta pesquisa que valoriza a dimensão existencial dos possíveis participantes, conforme pontuado por Mahfoud e Massimi (2013); assim, o número limite dos mesmos foi estabelecido no momento em que a pesquisadora percebeu que a possibilidade de descrever o fenômeno havia sido atingida. Isto foi percebido no momento em que a nona narrativa compreensiva foi construída e dialogada com o Grupo de Pesquisa Institucional.

O convite para participação foi realizado pela pesquisadora com cada um dos psicólogos via telefone e, mediante o aceite, foram agendados os encontros de acordo com a disponibilidade – data e hora – e local de escolha dos participantes, ao ter em vista facilitar-lhes o acesso e não lhes causar incômodos de qualquer natureza. Os locais escolhidos para os encontros incluíram três cidades diferentes do estado de São Paulo, onde os participantes residem e trabalham, cujas distâncias entre si variam em um raio de 120km.

Os encontros desta pesquisa foram iniciados pela pesquisadora de modo acolhedor e espontâneo. Buscou-se proporcionar um ambiente agradável no qual o participante pudesse se sentir à vontade para compartilhar suas experiências. A pesquisadora retomou o objetivo do encontro e da pesquisa, apresentou-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) e os deixou à vontade para narrarem suas experiências da maneira que fizesse sentido para eles. A pesquisadora procurou nortear-se de acordo com as atitudes explicitadas por Carl Rogers (1902-1987) –

aceitação positiva incondicional, compreensão empática e autenticidade/congruência – no sentido de possibilitar o desenvolvimento de uma relação dialógica.

Os relatos dos participantes foram iniciados a partir da questão norteadora proposta pela pesquisadora: “Gostaria que me contasse sobre a sua experiência, enquanto psicólogo hospitalar, ao participar de uma equipe multidisciplinar no hospital”. Este modo de iniciar a conversa permite que o participante possa sentir-se livre para seguir seu próprio percurso ao contar as experiências que lhe parecem mais significativas. Na maioria dos encontros, os participantes não tiveram nenhuma dificuldade para começarem a discorrer sobre o tema da pesquisa.

A pesquisadora limitou-se a pedir esclarecimento apenas quando não conseguia entender algum detalhe; de modo geral, permaneceu interessada e expressou sua compreensão sobre o que estava sendo narrado pelo participante, encorajando-o a continuar. Sendo assim, a duração de cada encontro dependeu da decisão do próprio participante. Foram encontros individuais e únicos que duraram de 50 minutos a 3 horas, tendo, em média, 1h30min.

Os encontros foram realizados com um intervalo médio de cinco dias entre si para que a pesquisadora pudesse se sentir disponível para o novo acontecer clínico sem muita interferência das impressões que lhe haviam ficado do encontro anterior. Após cada encontro, a pesquisadora fazia suas primeiras anotações sobre o vivido. No dia seguinte, redigia a narrativa como se fosse narrar uma história: o local, a aproximação com o participante, a forma de contar os fatos, as expressões que ele usava e, também, as suas próprias impressões sobre o encontro. Após a finalização de todas as narrativas compreensivas, foi construída a narrativa síntese que se caracterizou por apresentar os elementos mais significativos que emergiram de todos os encontros com os participantes.

A seguir, é apresentada a Tabela 1, que apresenta e caracteriza os participantes em suas singularidades. Eles estão listados com os nomes fictícios atribuídos pela pesquisadora de acordo com a ordem em que os encontros ocorreram. Os dados incluem idade, sexo, ano de conclusão do curso de Graduação em Psicologia, estados em que cursaram a Graduação, tipo de formação após a conclusão da Graduação, tempo de atuação em contexto hospitalar e o tipo de hospital em que atuam. As idades dos participantes variaram, sendo a maioria com menos de 30 anos. Todos atuam como membros de equipe multidisciplinar e, em sua maioria, são responsáveis por atender a uma mesma ala hospitalar, com exceção de alguns cujas atuações estão melhor explicitadas nos textos das respectivas narrativas compreensivas.

Tabela 1

Caracterização dos participantes da pesquisa

Narrativas	Participantes	Idade	Sexo	Ano de Conclusão do Curso de Psicologia	Estados nos quais cursaram Graduação em Psicologia	Formação após a Conclusão da Graduação	Tempo Atuação Hospital	Tipo de Hospital
Narrativa 1	Andressa	44 anos	F	2010	São Paulo	Especialização	6 anos	Geral
Narrativa 2	Thalita	29 anos	F	2008	Brasília	Aprimoramento	4 anos	Cardiológico
Narrativa 3	Alessandra	33 anos	F	2006	Paraná	Aprimoramento	10 anos	Geral Universitário
Narrativa 4	Gabriela	28 anos	F	2011	São Paulo	Residência Multidisciplinar	1 1/2 anos	Geral
Narrativa 5	Jéssica	29 anos	F	2013	Minas Gerais	Especialização	1 1/2 anos	Cardiológico
Narrativa 6	Rodrigo	27 anos	M	2012	São Paulo	Residência Multidisciplinar	1 1/2 anos	Reconstrução Plástica
Narrativa 7	Soraya	31 anos	F	2006	São Paulo	Aprimoramento/Especialização	6 anos	Geral
Narrativa 8	Isadora	27 anos	F	2011	Bahia	Residência Multidisciplinar	2 anos	Cardiológico
Narrativa 9	Alana	27 anos	F	2012	São Paulo	Residência Multidisciplinar	1/2 ano	Geral Universitário

Capítulo 4: Das Narrativas Compreensivas à Narrativa Síntese

As narrativas compreensivas são apresentadas de acordo com a ordem em que ocorreram os encontros individuais e únicos da pesquisadora com cada um dos nove participantes. Ao final, é apresentada a narrativa síntese contendo os elementos significativos apreendidos pela pesquisadora a partir dos encontros individuais com todos os participantes.

Os nomes são fictícios de modo a preservar o anonimato dos participantes; com o mesmo propósito, foram excluídas informações que pudessem identificá-los ou às instituições mencionadas, tais como: o nome do hospital no qual atuam, a faculdade em que se graduaram, as instituições em que realizaram seus cursos, e as cidades nas quais residiam e residem atualmente. Os conteúdos escritos entre aspas referem-se às falas textuais do participante que foram consideradas importantes como modo de expressar sua singularidade.

Narrativa 1: Andressa

Encontrei-me com Andressa no horário de almoço em um café do hospital onde faz doutorado. Ao chegar, Andressa manifestou surpresa ao me reconhecer, cumprimentou-me e sugeriu que sentássemos mais ao fundo da varanda para evitarmos a movimentação das pessoas, já que estávamos na instituição hospitalar onde trabalha. Escolhemos a mesa que pareceu ser a mais reservada e calma, com vista para a cidade.

Iniciamos com alguns comentários dela sobre o mercado de trabalho para os psicólogos diante do momento atual e conturbado da economia do país e, também, sobre seus projetos profissionais. Andressa comentou que abdicou do seu trabalho no hospital ao escolher iniciar seu doutorado com dedicação integral. Neste momento, pedi permissão para dar início à proposta do encontro, seguindo as formalidades

necessárias. Assim, perguntei como tem sido sua experiência em relação à atuação junto à equipe multidisciplinar no hospital.

Ser mãe era o principal anseio de Andressa que, após ter seus dois filhos, decidiu graduar-se e buscou cursar Psicologia. Desde o início da Graduação, sabia que a Psicologia Hospitalar era a área que mais lhe interessava, “digo que não foi eu quem a escolheu, mas foi ela que escolheu a mim”. Ao longo de sua carreira como estudante e psicóloga em equipe multidisciplinar, Andressa pôde diferenciar entre os referenciais que possui de equipes, profissionais e estilos de instituições, como questões políticas do próprio hospital e do Serviço de Psicologia. Ela, então, descreveu o funcionamento institucional das equipes multidisciplinares que se reuniam para monitorarem e avaliarem os pacientes e seus tratamentos. Também realizam reuniões separadas para tratarem dos pacientes internados há mais de 3 semanas.

Estas reuniões são momentos em que os profissionais da equipe se interessam mais por informações a respeito da vida do paciente, “são estas notícias que esperam receber durante as reuniões de equipe”, e deixam de lado as informações referentes ao quadro clínico do paciente. A maneira como Andressa contou sobre isto, possibilitou perceber o quanto isto a incomodava, pois acredita que o hospital não é um ambiente propício para fofocas, e ela não participava deste tipo de conversa. Nessas situações, prefere não responder a qualquer pergunta que os profissionais da equipe possam fazer neste âmbito e mantém-se firme no propósito de só referir-se a compartilhar informações sobre o quadro clínico e tratamento do paciente.

Apesar de tais divergências, Andressa considera haver bastante respeito na forma como os demais profissionais tratam os psicólogos, porém, sente que para a maioria deles falta “dar a real importância e valor para a Psicologia Hospitalar, pois

ela é tão essencial quanto a Medicina, a Enfermagem, a Nutrição e a Fisioterapia”. Andressa percebe que a Psicologia se faz mais presente para os profissionais da equipe quando, por exemplo, um paciente tem muitas recidivas nas internações; “mas se eles tivessem chamado a Psicologia logo no início do cuidado, talvez pudessem ter resolvido melhor o caso, e o paciente não teria voltado tantas vezes”.

Ainda sobre a equipe, Andressa referiu-se mais precisamente aos enfermeiros em relação ao psicólogo; disse que o chamam para atender a um paciente quando notam que é preciso “apagar incêndio”, apesar de que, neste momento, o psicólogo “não tem o que fazer de muito diferente, a situação já explodiu, e não é função dele apagar incêndios”. Também buscam pelo psicólogo “quando não estão a fim de lidar com choro”, a isto Andressa ressaltou, pasma e enfaticamente, que a função do psicólogo junto ao paciente é auxiliá-lo a compreender o momento pelo qual está passando. Quando a equipe não compreende a função da Psicologia Hospitalar, transforma-a num recurso do hospital para facilitar aos membros das equipes a lidarem com os pacientes.

A falta de compreensão da equipe frente ao papel do psicólogo que trabalha em conjunto foi por ela expresso com indignação e constantemente. Andressa preocupa-se com a forma como atua profissionalmente, com o objetivo de promover um melhor reconhecimento por parte dos outros profissionais sobre a importância do psicólogo como parte do grupo. Isto parece fazer Andressa sentir-se cada vez mais responsável perante o trabalho que oferece, de modo que seu apreço por ele se mostra enorme.

Acrescentou que o fato dos profissionais não saberem distinguir a função do psicólogo hospitalar pode, também, ser devido à atitude do próprio psicólogo. Curiosa por esta ressalva, perguntei se poderia contar-me um pouco mais. Para Andressa,

embora não possa saber com precisão o quanto a formação dos demais profissionais exige deles conhecimento em relação à Psicologia, acredita que os psicólogos têm uma certa dificuldade em atuar na área hospitalar. Observou que, “na Graduação não se aprende a atuar em hospitais e são necessários bons professores, mas não é o suficiente para uma boa formação”; também “não será só um curso de férias ou de aprimoramento que dará o conhecimento e manejo da prática para atuarem de acordo” com o contexto hospitalar.

Andressa presenciou, no seu período como supervisora, muitos psicólogos reproduzirem o modelo clínico, e constatou que “no momento de atendimento ao paciente – às vezes, único – não possuem habilidade para desempenhar o que é necessário no sentido de auxiliar no processo de internação, e torna-se um bate-papo”. Também pontuou, demonstrando indignação diante das posturas presenciadas, que já ouviu psicólogos ou estudantes de Psicologia nos cursos do hospital se recusarem a atender a um determinado paciente por “não gostar dele” ou do quadro clínico. Para ela, é inadmissível ver um psicólogo ou qualquer outro profissional com tal atitude, justificando que esta e outras situações podem contribuir para uma má imagem do psicólogo hospitalar, até mesmo frente aos pacientes. Assim como, o fato de que “ao colocar o jaleco, o psicólogo também se sente acima de todos, pois qualquer um que veste um jaleco já se sente um doutor”; para Andressa, isto não deveria acontecer, pois cada profissão tem a sua importância e espaço no hospital. Porém, ao longo de sua trajetória, ela constatou que o espaço para a Psicologia Hospitalar, até na contratação, é escasso e, em relação às demais profissões, a Psicologia é a última na hierarquia de importância.

Apesar de ter sentido, em todos os hospitais onde já trabalhou, que os profissionais a trataram sempre com muito respeito, naquele em que havia maior

rotatividade de psicólogos sentiu que a equipe de Psicologia era mais excluída, pois Andressa compreende que a equipe não possui uma referência, “e em certos casos o próprio Serviço de Psicologia se exclui, é uma área que percebo ter muitas panelinhas”. Ela acrescentou que estas circunstâncias levam os demais profissionais a ocupar o espaço de atuação da Psicologia em busca das informações que querem, só que esta atitude torna o compartilhamento da informação um “telefone sem fio” e a informação é distorcida, porque “o profissional que foi colher a informação não soube compreender exatamente o que o paciente quis dizer, pois não domina os conhecimentos e técnicas de abordagem da Psicologia. Então, os profissionais precisam desconstruir o que quer que acham que sabem e o psicólogo tem que voltar ao leito do paciente e fazer o atendimento devido”.

Após cerca de 1h30min de encontro, Andressa desculpou-se, mas precisava ir embora, pois teria que participar de uma reunião logo em seguida. Assim, agradeceu sua disponibilidade e nos despedimos. Este encontro foi rico quanto às experiências compartilhadas por Andressa, pois pude percebê-la tanto como pessoa vivendo suas aflições diante de algumas situações enfrentadas, e como uma psicóloga atuando em hospitais com atitudes compatíveis com as exigências do trabalho. Percebi que, ao descrever e discriminar as ações realizadas junto à equipe, Andressa coloca-se como uma profissional capacitada e comprometida com seu papel, mas quando descreve o seu sentir diante do relacionamento com a equipe, as impressões provinham de um lado mais pessoal à sua profissão, como se a quisesse proteger da forma como uma mãe protege seu filho.

Andressa graduou-se em 2010, em uma universidade particular da cidade onde reside, capital de um estado na região Sudeste. Durante a Graduação, fez cursos de férias em Psicologia Hospitalar. Quando formada, foi convidada a trabalhar em um

hospital da cidade, cursou Urgência e Emergência em um outro hospital e, em seguida, buscou pelo Aprimoramento, durante o qual foi convidada a ser supervisora dos alunos dos demais cursos de curta duração que ocorriam nas diversas unidades desta rede de hospitais. Fez, também, o curso de Especialização em Psico-Oncologia em uma terceira instituição hospitalar. Atualmente, deixou o lugar de psicóloga hospitalar para cursar o Doutorado na área de Cardiologia.

Narrativa 2: Thalita

Em uma certa tarde, encontrei-me com Thalita em uma loja de café em frente ao hospital onde trabalha. Sentadas na parte mais sossegada no fundo da loja para que pudéssemos usufruir de silêncio e privacidade, começamos a conversar. Iniciamos com uma conversa despreziosa sobre amenidades. Quando a conversa caminhava para uma troca de informações sobre o andar profissional de ambas, já que não éramos totalmente estranhas, percebi que poderia dar início à proposta do encontro. Ao tomar ciência das questões éticas, Thalita percebeu que eu não iria gravar o encontro e espantou-se. Então, expliquei-lhe como seria desenvolvida a narrativa, e ela mostrou-se interessada. Convidei-a, então, a contar-me sobre sua experiência enquanto psicóloga na relação com a equipe multidisciplinar do hospital.

Thalita compartilhou suas vivências diante dos trabalhos que já realizou junto à equipe e sobre a profissão como psicóloga hospitalar. De início, ressaltou que o trabalho em equipe é essencial, porém fez questão de pontuar que ele varia de instituição para instituição e de subárea para subárea. Exemplificou que “na Oncologia, a equipe não considera que o paciente choroso ou irritado possa estar fazendo birra e preocupa-se com a avaliação psicológica diante das condutas a serem tomadas junto ao paciente. Já na Ortopedia, a equipe questiona o comportamento do

paciente por avaliar que o período de recuperação proposto seria suficiente e não aceita as queixas”.

Os relacionamentos da equipe com os psicólogos também diferem nas diversas alas do hospital. Explicou que, caso a psicóloga do terceiro andar saia de férias, e ela vá cobrir o atendimento de alguns de seus pacientes, quando buscar pelos membros da equipe para comentar suas percepções e procedimentos a serem tomados, eles provavelmente não lhe darão credibilidade por não a conhecerem; como aconteceu ao atender a um paciente no terceiro andar substituindo a psicóloga responsável. Thalita buscou a médica da equipe para fazer uma análise devolutiva de que o paciente apresentava um transtorno depressivo maior, o que demandaria um pedido de acompanhamento psiquiátrico. A médica questionou sua avaliação psicológica em função de já ter seu próprio posicionamento sobre o quadro psicológico daquele paciente. A nutricionista desta equipe encontrava-se ao lado e ouvia a conversa; disse que concordava com a avaliação de Thalita por acompanhar aquele paciente desde o início e ter notado diversas mudanças em seu comportamento. Thalita buscava exemplos para que eu pudesse compreender como é a realidade do trabalho no hospital a partir das dificuldades presentes no seu cotidiano; como enfrenta os limites de sua atuação e como se dá o relacionamento quando não faz parte efetivamente da equipe.

Tais experiências a fizeram perceber que o mais importante ao participar de uma equipe é o tempo de convivência com os demais profissionais, pois quando conhecem a psicóloga há mais tempo, é mais fácil considerarem suas avaliações. Ou seja, ao iniciar sua participação no grupo, o psicólogo tem que conquistar seu espaço e ganhar credibilidade. Thalita refere-se mais aos médicos em relação a este tipo de situação e diz que com os enfermeiros é mais fácil. Mesmo assim, observou que nas

equipes das quais já fez parte, sempre teve sorte nos relacionamentos que estabeleceu com os profissionais.

As possibilidades de relacionamento com as equipes também se diferenciam de acordo com a natureza das instituições, particulares ou públicas. Ela já trabalhou em hospital público e sentiu que a diferença se apresentou com relação à Enfermagem, pois “as enfermeiras que atendem em SUS possuem uma carga horária de trabalho muito maior que nas instituições privadas, o que dificulta um bom relacionamento com elas”.

Percebi que Thalita se expressa de forma mais concreta, exemplificando suas experiências e buscando contar-me sobre suas angústias e os encontros vividos como se pudesse retornar a uma determinada situação e levar-me junto. Um outro aspecto que, segundo ela, tem influência, diz respeito à forma pela qual o relacionamento é estabelecido, gerando uma compreensão melhor ou pior sobre a atuação do psicólogo hospitalar. Para Thalita, alguns membros da equipe enxergam o psicólogo como encarregado de parar o choro do paciente, consolá-lo ou educá-lo; assim, eles esperam em relação aos comportamentos de grosseria, irritação ou choro que os incomodam, o que difere frente a um procedimento a que o paciente será submetido. Já alguns outros profissionais parecem acreditar que “o psicólogo, quando fecha a porta do quarto, realiza algum tipo de magia para o paciente mudar, principalmente para os médicos que já são mais velhos, porque eles não entendem nossa função”.

Thalita preocupou-se em saber se estava tomando o caminho que eu esperava em seu relato. Certifiquei-a de que eu apreciava ouvir suas experiências e que ela estava sendo muito clara. Ela, então, perguntou-me quais seriam os outros aspectos sobre os quais eu gostaria de ouvi-la. Aproveitei a abertura para compreender melhor

a relação que estabelece com os demais psicólogos do hospital, em decorrência de, eventualmente, trabalhar suprimindo a ausência de algum deles, como relatara anteriormente. Sua resposta foi rápida e enfática: “muito, muito ruim”. Na visão dela, os psicólogos saem formados com falta de conhecimentos básicos: “eu não sou psicanalista, claro que se dois psicanalistas começarem a discutir um caso na minha frente, eu não conseguirei seguir o raciocínio completo porque minha abordagem é a Terapia Cognitiva Comportamental, mas sobre mecanismos de defesa e de enfrentamento, seja na Psicanálise ou em qualquer outra abordagem teórica, espera-se que principalmente os recém-formados conheçam os termos e seus significados, mas nem isso!”.

Ela havia conversado sobre esse assunto recentemente com uma ex-professora, a qual há pouco havia se desvinculado da Universidade em que lecionava, que frequentemente constatava, em relação aos quintanistas da Psicologia, a necessidade de ensinar questões básicas, como a escrita no Trabalho de Conclusão. Thalita constata que, quando os psicólogos recém-formados chegam ao hospital, eles sabem pouco sobre Psicologia e menos ainda sobre a Psicologia Hospitalar. Para ela, isto influencia outras pessoas que entram em contato com eles, pois não passam uma imagem de bons profissionais.

O encontro durou cerca de 1h20min e finalizamos quando Thalita sentiu que havia esgotado todas as experiências das quais se recordava. De minha parte, pude compreender a forma como ela enfrenta os obstáculos cotidianos presentes no trabalho em equipe no hospital. Ela foi retomando as situações vividas e, mesmo sem expressar com palavras os sentimentos experienciados, possibilitou-me vislumbrá-los.

No momento do encontro, retomar as experiências mostrou-se gratificante para ela, pôde fazer um sobrevoo sobre o percurso de sua vida profissional até o momento. No entanto, suas vivências mostraram-se permeadas de angústias, questionamentos, incertezas e enfrentamentos diários em seu relacionamento com as equipes com as quais trabalhou. Senti que Thalita compreende que trabalhar como psicóloga hospitalar demanda empenho, estudos e confiança na própria atuação, de modo que requer a busca pelo melhor de si mesma.

Thalita estagiou, durante a Graduação, por dois anos em um serviço de reabilitação de traumas crânio-encefálicos na área da Pediatria. Graduou-se em 2008, na universidade federal de um estado na região Centro-Oeste, em seguida fez duas temporadas de cursos de férias em Psicologia Hospitalar em um estado na região Sudeste, onde mora atualmente. Além disso, foi aprimoranda em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Hoje, é psicóloga hospitalar em uma terceira instituição e faz Doutorado em Psicologia na área de Cardiologia em um outro hospital.

Narrativa 3: Alessandra

Fui encontrar-me com Alessandra no horário vago entre suas aulas do período da noite na Universidade onde é docente. Próximo ao horário combinado, ela entrou em contato comigo e pediu que mudássemos o local. Fui ao seu encontro no refeitório onde jantava, e aproveitamos para conversar sobre o fluxo de aulas da Graduação e organização das grades de horário. Assim que terminou de jantar, Alessandra disse que poderíamos começar a conversar sobre a pesquisa. Perguntou se não havia problema para mim, pois imaginava que eu fosse gravar, e cogitou de ficarmos no refeitório já que o mesmo se encontrava praticamente vazio àquela hora da noite. Aproveitei para explicar a ela, enquanto entregava-lhe o Termo de Consentimento, que não utilizaria gravador, e sim, que desenvolveria uma narrativa após o encontro.

Depois dela ter lido e assinado o termo, pedi que me contasse como tem sido sua experiência como psicóloga em atividades junto à equipe multidisciplinar no hospital.

Alessandra hesitou um pouco antes de iniciar, como se buscasse a melhor maneira de contar-me suas experiências, mas logo acrescentou “acho que nada melhor do que seguir a ordem da minha formação”. Contou, então, que seu primeiro contato com a Psicologia Hospitalar foi como aprimoranda na Pediatria. Naquela época, não se falava em equipe multidisciplinar e dizia não se recordar nem mesmo do uso da terminologia “trabalho multidisciplinar”. Estavam presentes as “figuras profissionais” para cuidado dos pacientes, mas não havia a denominação de equipe, “cada um fazia o seu trabalho por si”. Os profissionais atuavam conforme viam a necessidade do seu trabalho, chegando a discutir o caso com uma ou outra especialidade, se precisassem ter maiores informações sobre o quadro clínico do paciente. Não havia reuniões de equipe para que discutissem os casos conjuntamente. “Para mim, digo a partir do olhar que tenho hoje para a minha experiência daquela época, para ser equipe multi não basta ter os profissionais necessários, é preciso que trabalhem alinhados”.

Após ter finalizado o estágio de Aprimoramento, Alessandra foi convidada a substituir uma psicóloga que estava em licença-maternidade numa outra área do hospital, a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal (Neo). Uma das grandes diferenças entre as alas encontrava-se no fato de que, na Neonatal, o psicólogo já era um profissional contratado dentre os demais, enquanto que na Pediatria havia alguém da Psicologia apenas em função do Aprimoramento. Ao longo do tempo que trabalhou na Neo, também pôde sentir diferença na forma como a equipe funcionava. O reconhecimento da existência do profissional naquele espaço e a multidisciplinaridade se inseriam no hospital. Ainda era preciso “romper barreiras”, e a multidisciplinaridade

não se apresentava do mesmo modo que são formadas as equipes atualmente, “mas já era alguma coisa”.

Após finalizar o período na Neo, Alessandra realizou outros curtos trabalhos no hospital – pesquisa e ambulatório – e, na sequência, foi contratada na área cardiológica. Nesta ala, constatou como poderia ser real o trabalho da equipe multidisciplinar, porque os quadros clínicos presentes ali necessitam e dependem deste tipo de cuidado. “Por exemplo, um caso que coincidentemente aconteceu esta semana: um senhor com problemas cardíacos que tem apresentado falta de ar constante. Se não fosse pelo trabalho conjunto dos profissionais, talvez não fosse possível atendê-lo devidamente; pois, esta falta de ar seria ansiedade? É um possível ataque cardíaco? Ele possui dificuldade de fala quando está com falta de ar. Se não fosse pela terapeuta ocupacional, ninguém conseguiria compreender o que ele diz, pois ela acabou desenvolvendo um modo de comunicação próprio dele”. O relacionamento construído entre os profissionais da equipe é tamanho que eles sentem a falta quando um não está presente no dia.

Porém, tratando-se da atividade do psicólogo, Alessandra compartilhou que às vezes ele é chamado para atuar numa queixa que permeia entre a real necessidade do pedido e “um comportamento de ‘fuga-esquiva’ do profissional, o quanto aquela situação o está incomodando, na realidade”. Ela própria costuma brincar dizendo aos colegas que o psicólogo não tem função de ser “estancador de choro”. “É como se a equipe achasse que nós iremos entrar lá e, magicamente, colocar as lágrimas de volta para dentro dos olhos”. Outra circunstância é ser chamada para comunicar o óbito, “pode até acompanhar o médico no momento, mas não possuímos formação para isto, quanto mais ser nossa função”. “Parece que o psicólogo está lá para apagar

incêndio”. Ao mesmo tempo, sente que, apesar da falha em compreender a real função do psicólogo, existe a valorização deste profissional naquela área.

Como Alessandra observou, também existem aqueles profissionais que utilizam o trabalho da Psicologia para lidar com queixas próprias diante do paciente, ou para buscar informações sobre o mesmo. Chegam a pedir atendimento ao paciente dependendo de sua posição social ou diante de algo que incomoda os profissionais da equipe, a ponto de dizerem: “ah, você não pode ir atendê-lo? Ele é prisioneiro...”; então Alessandra busca saber se o paciente está apresentando algum comportamento questionável, se não está compreendendo o procedimento ou se não está aceitando o tratamento, pois ser prisioneiro não é motivo para encaminhar ao psicólogo. Ela faz esses questionamentos para descobrir o quanto este é um aspecto que incomoda ao profissional, de modo a ser uma queixa dele e não do paciente. Alessandra acrescentou que chegou a descobrir, em um determinado momento, que, na Neo, a equipe chamava o prontuário de evolução da Psicologia de “Revista Caras”. Senti, em sua expressão, um tom de ironia frente a esta incompreensão; percebi seu desconforto e incredulidade diante do olhar que os demais profissionais possuem a respeito da Psicologia atuando no hospital.

Atualmente, Alessandra acredita que está institucionalizada no hospital a equipe multidisciplinar nas atividades da área cardiológica, mas as fichas de evolução dos casos estão separadas entre: “ficha de evolução da equipe multi” e “ficha de evolução da equipe médica”, de modo que os médicos evoluem os casos em folha própria, como se não fizessem parte da equipe multidisciplinar. Até mesmo a informação sobre a existência da equipe multi não é disseminada; os pacientes não têm conhecimento das outras especialidades que se encontram lá para atendê-los,

“pensam apenas que há enfermeiros e médicos”, até o momento em que são atendidos por outras áreas profissionais e passam a apreciar.

Alessandra fez uma breve pausa em sua narrativa e, sentindo que poderia quebrar aquele silêncio, pedi que me contasse melhor o que é o “romper barreiras” que ela havia citado anteriormente. Para ela, as barreiras são as solicitações para atender às queixas que não são adequadas ao papel do psicólogo no hospital, os profissionais que mais requerem ao psicólogo nestas circunstâncias são os médicos e enfermeiros.

No caso dos médicos, Alessandra reflete que talvez seja pelo fato deles terem o hábito de delegar funções, “falam: ‘bota na cabeça dos familiares que ele não vai sobreviver’”. Apesar de não ser essa a função do psicólogo, ela busca atender ao paciente e aos familiares para compreender a real demanda que eles apresentam e, então, entra em contato novamente com o médico já com sua avaliação psicológica para discutirem o caso juntos, tendo em vista a demanda do próprio cliente e seus familiares.

Alessandra também é docente no Programa de Residência Multidisciplinar, e, como tal, compreende a proposta deste Programa como um grande avanço no modo de trabalhar das equipes, principalmente para “os profissionais recém-formados, pois podem experienciar e mudar sua maneira de olhar a atuação em equipe e junto às demais especialidades”. Sente que, a partir da mudança no modo de relacionamento dos profissionais com os psicólogos e com o auxílio desta nova modalidade de Residência, será possível uma compreensão melhor da função do psicólogo, a partir das circunstâncias vividas no dia-a-dia com os outros membros da equipe.

Alessandra fez um relato de maneira didática buscando esclarecer o que dizia, de modo que me permitisse ter acesso às suas experiências, como se eu pudesse

mentalmente visualizar o que me contava: as instalações do hospital, os atendimentos, os muitos encontros e desencontros que não são notados entre os profissionais. Trouxe sua compreensão diante de circunstâncias angustiantes e desafiadoras. Percebi ter sido, este, um momento em que ela própria pôde refletir sobre o seu cotidiano e sua trajetória profissional no mesmo hospital ao longo de dez anos nas diferentes fases de sua vida, com graus diferentes de formação e pelas mudanças nas propostas de ensino em saúde. Foi um encontro que poderia ter se prolongado, caso Alessandra não tivesse outra aula para ministrar. Decidimos por encerrá-lo, após 1h20min de duração, e nos despedimos.

Ela graduou-se em 2006, em uma universidade estadual de um estado na região Sul. Na sequência, realizou o curso de Aprimoramento em Saúde em uma Universidade Comunitária em outro estado na região Sudeste, onde reside atualmente. Nesta mesma Universidade, adquiriu o título de Mestre em 2010 e deu início à sua carreira de docência. Em 2012, foi contratada como psicóloga hospitalar na área cardiológica do hospital universitário. Atualmente, também é docente do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde que a instituição oferece.

Narrativa 4: Gabriela

Cheguei ao hospital onde Gabriela trabalha para nos encontrarmos. Ela pareceu muito animada ao me rever e logo demonstrou preocupação sobre onde poderíamos nos acomodar para dar início à conversa. Primeiro, quis me apresentar o espaço da Psicologia: duas salas de tamanho médio, uma mais ampla logo na entrada onde trabalham em seus relatórios e documentos burocráticos, e outra sala reservada onde costumam se reunir para discutir casos e estratégias com as demais psicólogas da instituição e para fazer atendimentos aos familiares e pacientes em retorno. Preocupou-se em saber se eu iria gravar e se precisaria de um lugar mais silencioso

para não interferir no áudio, ou se eu iria redigir a entrevista e precisaria de mesa para apoio; comentei que, na realidade, iria escrever uma narrativa após o encontro, assim, gostaria que ela escolhesse o lugar onde se sentisse mais confortável. Gabriela ficou ainda mais animada e acrescentou que ela, particularmente, não gosta daquela sala, pois não tem janelas, assim, caminhamos até um dos jardins localizado entre as alas do hospital. No caminho acrescentou: “você sabe como que é aqui, não temos muito espaço” e riu diante desta realidade.

Acomodamo-nos num banco e, por iniciativa de Gabriela, conversamos um pouco sobre nossas respectivas trajetórias profissionais. Aproveitei para contar um pouco a respeito da proposta da pesquisa e dei início às formalidades. Pedi que me contasse sobre sua experiência no relacionamento com os membros da equipe multidisciplinar no hospital. Depois de questionar-se por onde começar, Gabriela decidiu contar sobre sua relação com a equipe no hospital em que trabalha atualmente, onde foi contratada poucos meses após ter concluído a Residência Multiprofissional. Ela é responsável pela área da Pediatria (UTI, Clínica e Procedimentos), Pronto Atendimento (PA) e Clínica Adulto – nos dois últimos, seus atendimentos são apenas mediante chamada.

Quando iniciou sua atividade, sentiu uma grande desorganização em relação ao modo de trabalho da equipe, então propôs a eles uma reunião semanal de equipe. A necessidade e obrigatoriedade desta reunião já era uma solicitação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), porém a equipe havia decidido por prezar apenas por fazer um relatório, deixando de lado a efetivação das reuniões semanais.

Gabriela conversou com os representantes de cada especialidade que devem fazer parte desta reunião e propôs que se encontrassem por um curto período todas as segundas-feiras, logo no início do trabalho, para discutirem as internações –

principalmente as da UTI. As primeiras reuniões ocorreram no período das 08h às 08h20. Hoje, um ano e meio depois, têm durado das 08h às 09h30. Para ela, os profissionais puderam experimentar as discussões de casos em equipe e isto os motivou a participarem mais efetivamente das reuniões, pois perceberam o quanto podem se beneficiar delas para evoluir os casos. Ressaltou, ainda, que as reuniões também se tornaram momentos para os profissionais conhecerem melhor uns aos outros, ampliarem seus conhecimentos a respeito das atuações de cada especialidade, e possibilitou, ainda, que a comunicação entre eles melhorasse.

Para que pudesse compreender melhor como se deu a implantação desta reunião como uma discussão multidisciplinar sobre os casos, pedi à Gabriela que me contasse um pouco mais. Para ela, parece fora da realidade conseguir fazer algo desse tipo em um hospital, mas nesta instituição foi diferente. Primeiramente, ela tem autonomia em propor mudanças por ser a psicóloga responsável pela área, além de sua coordenadora ser aberta a sugestões. Outro aspecto que influenciou foi o contexto da instituição: a coordenadora é psicóloga e estava aberta a uma nova maneira de atuar em hospital, com vista à humanização do cuidado, e ela é muito respeitada na instituição. Este fato facilitou a quebra de algumas barreiras burocráticas e institucionais para que novas ações pudessem ser testadas e implementadas.

Sobre a relação com a equipe, no início do seu trabalho, Gabriela sentiu que os colegas não se interessavam pelas intervenções da área de Psicologia. Acredita que tenha sido, muito provavelmente, devido à rotatividade e à experiência prévia com outros psicólogos que já trabalharam naquela ala. Porém, ela sente que as reuniões semanais possibilitaram estabelecer um relacionamento melhor e esclarecer aos demais profissionais sobre a função do psicólogo, antes compreendida como um tipo de suporte à equipe. Uma vez que, no início, as discussões de casos nas reuniões

percebidos enquanto demanda para a Psicologia passavam a ser colocados mais facilmente no senso comum, quando sob o olhar dos demais. Gabriela percebia que, para esta equipe, a Psicologia era responsável por libertá-la daquilo que a impedisse de realizar seu trabalho, de modo que faltavam com uma compreensão empática diante do caso clínico. O enfrentamento e a persistência são, por muitas vezes, requeridos à Gabriela, que expressa sentir-se exaurida no tom de voz que usa para narrar as situações que vivenciou com a equipe.

Hoje, Gabriela busca implementar a Visita Multidisciplinar, caracterizada por juntar todos os profissionais da ala para irem conhecer e se apresentar ao paciente. Também está trabalhando com os profissionais sobre a importância da presença dos pais durante os procedimentos das crianças, pois os pais são comumente convidados a se retirar do quarto quando a criança irá passar por qualquer tipo de procedimento no leito, o que muitas vezes lhes causa angústia. Este projeto parte dos relatos que Gabriela tem recebido quando ofertada atenção psicológica aos pais. No entanto, ressaltou que é trabalhoso implantar algo novo. Inicialmente, ela precisou discutir o tema junto à reunião com os demais representantes, em que decidiram que era necessário buscar compreender o que os profissionais sentem a respeito dos pais estarem presentes ou não durante um procedimento, para, então, buscar um meio de colocar em ação. Gabriela encontra-se no momento de conversar com os profissionais da ala, um projeto que perdura até hoje; são seis meses até que possa buscar colocá-lo em prática para analisar sua efetividade. Ela demonstrou anseio para que dê certo, “mas não é simplesmente chegar e colocar a humanização na equipe”.

Principalmente por conta das conversas individuais que tem estabelecido com as outras especialidades, Gabriela refletiu diante das angústias que tem percebido na equipe quando frente ao paciente. Ela compreende que a “falta de psicologia” notada

nas demais especialidades corresponde a um “mecanismo de defesa” delas, pois a atuação destes profissionais pede que eles sejam mais objetivos e rápidos em suas ações. Ela considera que este distanciamento com relação à Psicologia pode ser saudável.

Isto leva ao psicólogo a necessidade de posicionar-se de forma mais restrita frente à sua autenticidade na relação com a equipe. Pois, Gabriela nota que se um enfermeiro falar “nossa, essa família é chata” é muito diferente do caso de ser o psicólogo comentando, porque “se o psicólogo falou, então é verdade, e acaba por contaminar a visão da equipe”. Percebi que, sob o olhar de Gabriela, o psicólogo não pode se desvestir do seu papel perante a equipe, prezando pelo bem das diversas formas de relações que são estabelecidas no hospital.

Apesar de Gabriela ter relatado um grande avanço na sua relação e no seu trabalho com a equipe, frisou que há a necessidade do psicólogo ter que “cavar seu espaço”, como se não pertencesse àquele espaço. Para estabelecer contato com os profissionais, deve se fazer presente fisicamente, de modo que o vejam caminhando pelos corredores. Houve um momento em que questionava se o relacionamento com a equipe e seu trabalho como psicóloga eram importantes e significativos, mesmo após um ano de trabalho conjunto. Até que Gabriela entrou de férias sem se despedir e, quando voltou, a equipe veio questioná-la: “por onde você estava? Precisei tanto de você por aqui!”. Isto lhe trouxe um sentimento de gratificação, com um sorriso, que parecia buscar conter, refletia sobre sua persistência em suas ações no último ano como algo que, verdadeiramente, não esperava.

As pausas entre as falas começaram a ser mais recorrentes e isto me fez perceber que a conversa estava chegando ao fim. Quando pensei em perguntar se ela gostaria de me dizer algo mais, Gabriela fez um comentário sobre o fato dos livros

adotados nas Universidades para ensinar sobre Psicologia Hospitalar e as propostas de atuação junto à equipe serem utópicos, não sendo possível, na prática, ter uma relação e comunicação tão clara como exposta neles, em decorrência do cotidiano dos profissionais e da estrutura das próprias instituições hospitalares. Porém, ela acredita que devem ser vistos enquanto aspectos norteadores a partir dos quais as ações possam ser elaboradas, tendo em vista que qualquer tipo de implantação de mudança apenas é possível caso o ambiente proporcione espaço para isso. Mesmo com todas as formações prévias, Gabriela sente que necessita manter, em paralelo às práticas no hospital, estudos sobre Psicologia e Psicologia Hospitalar para ser capaz de cultivar reflexões críticas em relação a sua atuação neste contexto.

Ao longo de todo o tempo que estivemos conversando, pude perceber que Gabriela utilizou-se deste encontro para compartilhar a fase que está vivendo em sua atuação profissional. Senti que estava atravessando um turbilhão de experiências frente às quais decidiu por compartilhar todas as que percebia como mais significativas, mesmo que as facetas da relação da equipe com a Psicologia fossem diversas. Este encontro possibilitou a ela abrir-se sem receios, de modo que pôde se expressar livremente e contar-me sobre o que percebe e acredita acerca do cotidiano de sua atuação. Assim, a conversa fluiu rica em descrições detalhadas. Então, decidimos por encerrar o encontro que durou 1h10min.

Gabriela graduou-se no ano de 2011, numa universidade comunitária da cidade onde reside, em um estado na região Sudeste. Nos dois anos seguintes, mudou-se para a capital do estado para cursar a Residência Multidisciplinar em uma Universidade Federal. Dois meses após ter finalizado a Residência, foi contratada pelo hospital onde trabalha atualmente, há um ano e seis meses, na cidade onde residia.

Narrativa 5: Jéssica

Combinei com Jéssica que nos encontrássemos no café perto do hospital onde trabalha. Assim que nos acomodamos, ela quis saber mais sobre o propósito do encontro, então expliquei brevemente minha trajetória em pesquisa para chegar ao objetivo deste trabalho; também expliquei sobre o método escolhido do qual não fariam parte gravador e questões previamente estruturadas.

De início, Jéssica tentou começar algumas frases, formular uma linha de raciocínio, mas sentiu dificuldade em encontrar o que dizer sem ter questões para norteá-la, pois não sabia o que poderia ser útil para mim. Busquei assegurá-la que o interesse se encontrava em sua experiência, assim, ela decidiu começar pela sua trajetória, pois poderia ser mais fácil para ela.

Seu primeiro contato com a atuação em hospital foi durante o estágio na época da faculdade. Estagiou em dois hospitais: um particular e outro público; no hospital público, ela estagiava apenas uma vez por semana, por esta razão não tinha muito contato com a equipe. Mesmo assim, hoje ela consegue avaliar que existe uma grande diferença de estrutura entre as instituições, e que isto influenciava na dinâmica do trabalho. Por conta da intensidade de sua atuação, Jéssica preferiu dar ênfase às suas experiências no hospital onde trabalha atualmente, localizado na capital de outro estado para onde se mudou. Ao longo do encontro, Jéssica tomava um pouco de tempo para organizar suas ideias e trazer novas experiências.

Atentando ao funcionamento junto à equipe multidisciplinar, preferiu descrever o trabalho semanal de se reunirem para discutir os casos em atendimento, tais reuniões são chamadas de “ronda”. Ela percebe que a presença da Psicologia nestas reuniões favorece a reflexão diante do caso do paciente para entenderem melhor o quadro clínico e possíveis tratamentos e intervenções para melhorar a qualidade da

recuperação. Acredita que, sem a presença da Psicologia, a reunião tornar-se-ia protocolar, na qual seria apresentado um *check list* dos pacientes, seus quadros clínicos e tratamentos em andamento.

Sobre a relação com a equipe multidisciplinar, para Jéssica os médicos são os que mais vêm a causar empecilhos. Eles não fazem parte da equipe multidisciplinar, mas sim, da equipe médica, e ela não compreende o motivo de manterem tal dissociação; e, por serem médicos, detém a última palavra diante dos tratamentos e intervenções com os pacientes. Assim, quando em discussão de caso, a Psicologia pode até propor reflexões e intervenções em relação ao paciente, mas a palavra do médico pode barrá-la. Senti em Jéssica certa incompreensão e discordância frente a esta detenção do poder médico, e pude perceber que se sente incomodada quando a avaliação psicológica do paciente não é devidamente compreendida e aceita como relevante. Principalmente quando é necessária e requisitada, pode vir a ser barrada.

O hospital onde Jéssica trabalha, especializado em cuidados cardíacos, já teve oito psicólogos que atendiam aos protocolos vigentes, um deles era atender a todos os pacientes de Pré-Operatório. No entanto, cortaram-se duas vagas. Assim, contam atualmente com seis psicólogos, de modo que alguns protocolos mudaram, como é o caso do atendimento obrigatório a pacientes de Pré-Operatório que, hoje, ocorrem apenas mediante solicitação. Segundo ela, a maioria das solicitações são requeridas pela equipe multidisciplinar, prioritariamente a enfermagem. Já as solicitações vindas dos próprios pacientes e familiares não são tão recorrentes. Acredita que seja porque desconhecem a existência do serviço de Psicologia ou por não saberem que podem solicitar. Com relação aos médicos, ela relata que são poucos os que compreendem o papel da Psicologia e vem a solicitar com queixa do próprio paciente.

As solicitações de atendimento recebidas pela Psicologia podem carregar queixas que mostram a angústia da própria equipe, o que requer atenção ao escutá-las quando as recebe. Exemplificou com um caso de comunicação de óbito: “isso já aconteceu mesmo, a mãe de uma jovem grávida havia falecido, acabei indo à UTI onde um médico me puxou pelo braço – ele realmente me puxou – e me dirigiu até ela. Ele comunicou o óbito, mas logo disse ‘então a psicóloga está aqui’, e me deixou com a familiar”. Com os exemplos, Jéssica pôde expressar, em diferentes tons de voz e expressões faciais, como se sentiu naquele momento, o ocorrido deixou claro, para ela, a angústia da equipe em lidar com aspectos psicológicos e subjetivos. Sob seu olhar, aquele era um médico da UTI, e o lidar com a vida e a morte está presente em sua rotina de trabalho. Porém, ele não apresentou cuidado consigo mesmo para lidar com este fato. Senti que este ocorrido possa ter sido um dentre tantos nos quais Jéssica experienciou sentimentos semelhantes na relação junto à equipe.

Ainda assim, ela acredita que há um número de profissionais que possuem uma escuta mais aguçada e que buscam conversar sobre a demanda do paciente, já outros profissionais não demonstram ter este cuidado na escuta e, por isso, requerem maior atenção do psicólogo para auxiliá-los a compreender as demandas para a Psicologia. Imagina que a tendência é melhorar a percepção dos profissionais da equipe a respeito de quando solicitar o atendimento psicológico por meio da demonstração dos resultados do trabalho realizado pelo psicólogo.

Jéssica, em relação à equipe, sente-se parte dela, porém não inserida. Notei seu esforço para encontrar a melhor maneira de expressar sua compreensão nesta diferença, pude compreender que ela faz parte, mas não pertence à equipe. Na percepção de Jéssica, a equipe possui um momento em que os membros compartilham suas impressões particulares e desabafam a respeito de um paciente

ou familiar; porém, à Psicologia não cabe esse lugar, porque seu papel é estar atento ao paciente e à sua subjetividade. Ela já ouviu profissionais da equipe multidisciplinar dizerem que “a Psicologia sempre fica do lado do paciente”, como se não o achasse “difícil”. Ela parou para refletir comigo, inconformada, “mas, calma, por que eu teria que achar o paciente difícil? Eu busco entender e auxiliá-lo no seu momento internado em um hospital”. Ressalta que a equipe considera um paciente “difícil” quando suas reações não condizem com o que a equipe espera dele. Por esta razão, Jéssica enxerga a relação entre a Psicologia e a equipe multidisciplinar dificultada, e isto se estende para a constituição do lugar desta profissão.

Ela enxerga esta atividade como “um trabalho de formiga”, pois os demais profissionais possuem seus espaços reconhecidos ao conseguirem, por exemplo, estabelecer metas para os seus tratamentos e intervenções. Já a Psicologia não tem esta possibilidade, “não dá para falar que até antes da cirurgia o paciente deixará de estar ansioso”, então, torna-se complicado apresentar indicadores de qualidade do trabalho da Psicologia. Assim, o psicólogo passa a ser questionado pelo hospital e pela equipe diante de sua atuação. Jéssica acredita que o modo de trazer à tona o seu resultado é a partir do relacionamento pessoal com os membros da equipe, favorecendo que compreendam o papel da Psicologia e percebam as mudanças no paciente ou familiares quando estas ocorrerem.

Para Jéssica, o relacionamento também depende da formação da equipe multidisciplinar, pois, se a equipe já estiver consolidada há muito tempo ou se a equipe for mutável frequentemente, influencia na forma de relacionamento com o psicólogo que fará parte dela. Por isso, ela entende que o relacionamento está sujeito à abertura que a equipe tem com relação à Psicologia.

Ao longo do encontro, percebi em Jéssica uma preocupação em expressar suas experiências de uma maneira que eu pudesse compreendê-las e, com olhares e pausas nas falas, buscava em mim algo que lhe desse um norte de que seus relatos estavam adequados para satisfazer o que imaginava sobre a minha expectativa e para responder à questão norteadora da pesquisa. Seu modo de se expressar me possibilitou perceber o quanto estas são as experiências mais significativas para ela, pois, ao longo da conversa, senti diferença na profundidade de seu modo de narrar. De início, acredito que ela buscou relatar conforme ela imaginava que seria o percurso de uma entrevista talvez semiestruturada, com características mais práticas e estruturais da atuação do psicólogo em relação com a equipe. Porém, no decorrer do encontro, e com algumas facilitações da minha parte, seus relatos passaram a representar impressões pessoais diante do seu cotidiano, deixando de lado o foco anterior.

Senti que este pôde ser um encontro em que Jéssica teve um espaço para refletir mais genuinamente sobre as impressões que suas experiências deixaram, na medida em que mudou seu modo de se expressar. Decidimos por encerrar o encontro quando Jéssica comunicou que não havia mais experiências que percebesse enquanto significativas naquele momento. Assim, nos despedimos após, aproximadamente, 1h15min de encontro.

Ela graduou-se no início de 2013, em uma universidade federal de um estado na região Sudeste, onde nasceu, após o período em que a faculdade ficou em greve. Apenas no último ano da faculdade, Jéssica teve contato com a área da Psicologia Hospitalar ao ter que escolher um estágio. No segundo semestre do ano de 2013, mudou-se para a capital de outro estado, na mesma região, para realizar um curso de

Especialização em Psicologia Hospitalar, finalizou no meio do ano de 2014 e logo foi contratada pelo mesmo hospital.

Narrativa 6: Rodrigo

Combinei com Rodrigo de tomarmos café após seu trabalho. Ao nos encontrarmos, tomamos um tempo para nos familiarizarmos a respeito de nossos trabalhos e, então, apresentei a proposta do encontro junto às formalidades para iniciarmos. Rodrigo ficou um pouco indeciso por qual dos hospitais em que já trabalhou ele poderia começar a contar sua experiência. Disse a ele que poderia compartilhar aquelas que lhe fizessem sentido no momento. Preferiu começar pelo hospital onde trabalha atualmente, pois sentia que as experiências se mostravam mais relevantes, mas isso não o impediu, ao longo da conversa, de comentar sobre suas experiências prévias em outros hospitais.

Para Rodrigo, existem diferenças na relação estabelecida com a equipe quando se trata de um hospital geral e um hospital especializado. Há, ainda, um acréscimo à sua experiência no hospital geral, pois se tratava de um hospital universitário também, onde existem outros fatores a interferirem na relação com a equipe. Neste hospital, ele cursou a Residência Multidisciplinar no primeiro ano da implantação do novo modelo, logo após ter se graduado. Isto trouxe ao seu lugar de psicólogo a característica de ser residente e aluno, o que influenciou na relação com os demais profissionais da equipe. Explicou que, quando se trata de um residente, o direcionamento das suas atividades é para o supervisor, não para o chefe de uma área do hospital, e o supervisor tem a premissa de ensiná-lo e não o fazer cumprir metas, algo que era presente para os demais membros da equipe, por isso seu tratamento se diferenciava dos outros.

No hospital geral universitário, Rodrigo também sentiu que a equipe com que se relacionava era muito mais heterogênea, no sentido de que, enquanto ele estava atendendo ao Pronto Socorro (PS), poderia “ter sorte” de trabalhar com o mesmo médico ou enfermeiro por seis meses ou um ano, assim como, poderiam também trabalhar juntos por três meses, apenas. A rotatividade acontece com todas as especialidades por causa das Residências e dos estágios nos diversos cursos da área da saúde. Ele observou que isto dificultava a criação do seu relacionamento com a equipe, porque, quando estava no processo de construção de um contato mais próximo, logo a equipe mudava, e era necessário iniciar o processo novamente.

Logo após ter finalizado sua Residência, Rodrigo foi contratado no hospital onde trabalha atualmente. Nele, notou que a equipe é mais homogênea no sentido de que não há tanta rotatividade de profissionais, e estes atendem sempre às mesmas áreas pré-estabelecidas, o que torna fácil de os encontrar e construir um relacionamento. Rodrigo utilizou a si mesmo como exemplo; no seu caso, ele atende prioritariamente na área ambulatorial, mas isso não impede que seja chamado para atender na ala de internação caso necessário, a qual possui uma prática diferente da realizada no hospital geral, pois os pacientes não ficam longos períodos internados em decorrência da proposta do hospital ser reconstrução cirúrgica. Neste caso, o momento mais crítico já foi realizado no hospital geral e, hoje, o paciente segue seu tratamento no hospital especializado por ser mais longo.

Rodrigo pôde, através de suas diferentes experiências, perceber que a rotatividade dos profissionais no hospital geral universitário dificulta o trabalho de colocar o lugar da Psicologia na equipe e auxiliar os demais profissionais a compreender o papel do psicólogo. No entanto, acredita que este será um trabalho eterno, porque sempre haverá profissionais que solicitarão o atendimento psicológico

a partir de queixas como, por exemplo, o choro do paciente, sendo necessário mostrar à equipe que esta pode ser uma reação esperada.

Algo que Rodrigo também busca desconstruir é o costume que os demais profissionais possuem em dizer diante do trabalho do psicólogo: “você já foi conversar?” Sempre em tom de brincadeira, ele tenta mudar esta fala ao expressar que também atende, pois acredita que esta diferença de palavras favorece à equipe tirar, mais facilmente, a credibilidade da atuação do psicólogo ou opinar frente a ele. Rodrigo ressalta que a equipe tem mudado algumas ações com relação a isto, “alguns podem estar mudando a contragosto, mas está dando certo”.

Apesar de ter imaginado que não iria se ater às suas experiências no relacionamento com a equipe do hospital geral universitário, Rodrigo expressou, enfaticamente, tanto seu período de atuação na Residência quanto no hospital especializado. Pude perceber que são experiências consideradas significativas para o seu crescimento profissional e formativas do seu olhar atual enquanto psicólogo hospitalar. Possibilitou que Rodrigo expressasse, positiva e negativamente, os aspectos diferentes e influentes na atuação do psicólogo hospitalar que buscou exemplificar de ambos hospitais. Ainda assim, ele enfatizou que isto não quer dizer que no hospital especializado a relação seja perfeita, mas, em decorrência da formação das equipes e suas atuações serem mais consolidadas, as dificuldades com os profissionais partem de questões de personalidade que venham a dificultar o relacionamento. Diante disto, a equipe busca trabalhar para melhorar a relação com o profissional.

Para Rodrigo, uma equipe mais homogênea torna as reuniões e discussões momentos para que os demais profissionais possam conhecer melhor a Psicologia e, como no caso do hospital especializado, eles esperam, pedem e aceitam a avaliação

psicológica como algo importante e válido para o tratamento do paciente. Ele considera, ainda, a relação com a equipe o aspecto mais importante no trabalho do psicólogo hospitalar, pois ele precisa de dados que somente são acessados para além do paciente. Assim, torna-se fundamental ter um bom relacionamento com os demais profissionais para que possa “fazer seu trabalho com qualidade”. Por esta razão, Rodrigo evita criar ou aceitar intrigas para não deixar de se relacionar com alguém da equipe porque, um dia, imagina que precisará dela. Assim como, por ser psicólogo hospitalar, enxerga como seu dever atuar como tal e, para isto, necessita trabalhar com os membros da equipe, atender às suas demandas e compreender a sua dinâmica.

Sua postura diante da equipe parece ter lhe agradado e trazido retornos, algo que experiencia por si mesmo como positivo, ao mesmo tempo em que já obteve retorno da equipe relacionar-se bem com ele. Sua preocupação se estende em manter a postura de psicólogo mesmo nos momentos de descontração da equipe, e evita trazer julgamentos a respeito de algum profissional, pois se preocupa em manter sua credibilidade para que a equipe sinta que pode contar com ele como profissional quando necessitarem.

Para que eu pudesse compreender melhor esta atitude, pedi à Rodrigo que me falasse um pouco mais sobre a sua escolha por manter seu papel de psicólogo mesmo nos momentos de descontração da equipe. Ele já chegou a ler algumas referências sobre isto, mas não recebeu treinamento para ter esta postura, foi algo que partiu dele a partir do que foi experienciando nos momentos. Apesar de ter este posicionamento mais profissional nos momentos descontraídos da equipe no trabalho, Rodrigo considera importante que construam um relacionamento mais pessoal como, por exemplo, almoçar junto à equipe, para que se conheçam como pessoas também.

Após cerca de 1h45min, decidimos por encerrar nosso encontro por haver outros compromissos, e nos despedimos. Percebi em Rodrigo uma mudança gradual no modo como expressava suas experiências, demonstrando ter ficado mais à vontade e se familiarizado com a proposta do encontro. Isto proporcionou um movimento fluido no seu relato que permeou mais detalhes e algumas comparações reflexivas entre as suas experiências abordadas sem aspectos discriminativos ou seletivos diante da proposta do encontro. Foi possível ter um olhar abrangente sobre as experiências em seu percurso profissional, o que possibilitou criar momentos de reflexão crítica às mesmas e algumas reflexões futuras, também.

Rodrigo graduou-se na universidade comunitária de sua cidade, em um estado na região Sudeste, em 2012; no ano seguinte, iniciou o curso de dois anos de Residência Multidisciplinar no hospital adjacente à Universidade de sua formação. Após ter finalizado, foi contratado pelo hospital especializado em reconstrução craniofacial da mesma cidade, onde trabalha atualmente. Neste ano, 2016, iniciou seu Mestrado no Programa de Pós-Graduação da mesma Universidade.

Narrativa 7: Soraya

Encontrei-me com Soraya em sua casa, pois ela havia acabado de ter seu primeiro bebê. Apesar de estar de licença-maternidade e com um recém-nascido em casa, ela aceitou de portas abertas compartilhar suas experiências como psicóloga hospitalar na relação com a equipe multidisciplinar.

Soraya começou a trabalhar no hospital após ter finalizado seu curso de Especialização em Psicologia Hospitalar, quando pôde ter maior contato com a área, em contrapartida ao fato de não ter estudado a respeito durante a sua Graduação. Quando iniciou seu trabalho, sabia que existia uma psicóloga hospitalar que atendia apenas à ala da maternidade, instruindo as mães com seus bebês. Então, atentou-se

às alas nas quais ela iria desenvolver seu trabalho. Hoje, prioritariamente, Soraya trabalha na UTI Neonatal e Adulta, mas atende às outras alas do hospital, que não a da maternidade, quando solicitada.

Na medida em que foi trabalhando e ganhando tempo de experiência, Soraya encontrou seu modo de trabalhar e sua função profissional. Para ela, a dificuldade se encontrava no fato de que “o psicólogo não tem espaço no hospital porque este nunca foi seu lugar e, se a área nunca teve um psicólogo, ela encontrará um jeito para dar conta, será o seu jeito, mas ela se vira”. Ela percebe que, no caso dos demais profissionais multidisciplinares, como Fisioterapia e Nutrição, é diferente: a equipe realmente necessita destes trabalhos, pois não conseguem atuar no lugar deles.

Soraya considera a si mesma uma pessoa naturalmente comunicativa e expansiva. Então, logo que começou seu trabalho, buscou conversar com os profissionais; os cumprimentava frequentemente, ia ao encontro deles para dar as devolutivas, e descontraía um pouco com os profissionais que se encontravam na enfermaria antes de pedir maiores informações sobre os casos que buscava entender melhor. Acredita que isto foi base para que pudesse construir sua relação com os demais profissionais da equipe.

Outra característica de Soraya é seu interesse e gosto por “estar por dentro do que acontece no hospital”. Por isso, ela se preocupa em caminhar, sempre que possível, em todas as enfermarias nas quais atende. Isto lhe possibilitou construir um contato com quase todos os profissionais do turno diurno e, por ter menos contato com a equipe do noturno, Soraya se disponibilizou a atender à noite, por um período, para poder conhecê-la. Foi um auxílio para que ela desenvolvesse melhor seus relacionamentos e pudesse compreender melhor algumas das queixas das equipes do diurno, que eram relacionadas à equipe da noite.

Dentre os profissionais, Soraya sente maior dificuldade de relacionamento e de compreensão – e talvez de aceitação também – por parte dos médicos em relação ao seu trabalho como psicóloga, principalmente os neurocirurgiões e ortopedistas que “acreditam que são os deuses”. Houve um momento no hospital em que um médico, ortopedista, enfartou, ficou internado por um período, e a equipe de enfermagem pediu para ela atendê-lo. Soraya expressou, enfaticamente a mim, o seu desespero naquele momento em que soube que iria atendê-lo; sentia como algo um pouco estranho, apesar de compreender que, naquele momento, ele não era mais médico no hospital, e sim, paciente. Mas isto não a impossibilitou de sentir-se aflita e com certa angústia de como este encontro poderia ser construído e recebido por alguém de formação médica. Então, naquele momento ela entrou no quarto, cumprimentou o doutor e sua esposa, e ofereceu seu atendimento. Correu tudo bem, apesar da ansiedade prévia, e Soraya acredita que foi uma oportunidade para que o médico pudesse sentir por ele próprio como é um atendimento psicológico no hospital. Eu me senti tão intrigada com este atendimento, que necessitei perguntar se este era um dos médicos com quem ela não tinha um relacionamento agradável. Ela disse que não, “ainda bem, ele era um dos mais bonzinhos”, mas ainda assim era ortopedista, o que lhe gerou muita ansiedade para o atendimento.

Outro momento em que Soraya se viu um pouco descentrada foi quando uma senhora foi a óbito e, a pedido prévio da equipe, ela estava indo ao encontro dos familiares que já haviam se retirado do quarto. Eles sabiam que a situação da mãe não estava bem, mas quando o médico deu a notícia a eles, a reação esperada de choro e tristeza veio à tona. Quando o médico saiu de perto da família, ele disse “mas precisava de tanto? Já não sabiam que ela ia morrer?” Soraya sentiu algo em si, talvez algo que permeasse a incredulidade diante do que ouviu, que precisou cutucá-lo e

dizer “e se fosse a sua mãe, doutor?” Esta atitude não lhe trouxe repreensivas e pôde notar que o médico ficou um pouco sem graça e intrigado diante da pergunta.

Senti que é isto que Soraya precisava me passar: ela sente nos médicos certa falta de sensibilidade quanto aos aspectos subjetivos, seja dos pacientes seja dos familiares, ainda assim, ela os diferencia dos médicos que já tiveram um contato próximo com o trabalho da Psicologia. Presenciar tais atitudes diante do cuidado oferecido a deixa receosa, também, quanto às atitudes direcionadas ao psicólogo; existe em Soraya anseio em buscar ter seu papel compreendido e respeitado, assim como respeitada a subjetividade do outro. Isto é algo muito forte para ela, tanto como psicóloga quanto como pessoa. Pelo fato dos médicos não saberem lidar com os aspectos subjetivos dos familiares em situações de óbito, hoje, no hospital onde Soraya trabalha, quem comunica o óbito são as assistentes sociais.

Dentro do seu programa de trabalho com a equipe, estão as Visitas Multidisciplinares, requisitadas pela ONA, para que o serviço possa receber o certificado de acreditação. Na UTI, as visitas acontecem com todos os profissionais atuantes, aproximadamente dez, e todos os leitos são visitados na mesma manhã. Estão em busca de implantar as visitas em outras enfermarias – algumas já estão ocorrendo uma vez por semana.

Soraya descreve o trabalho da Psicologia dentro do hospital como “de formiguinha”. Hoje ela percebe que tem importância para os demais profissionais, pois como está de licença-maternidade e a outra psicóloga foi despedida, ela tem recebido mensagens da equipe dizendo que necessitam dela por lá. No entanto, pondera que isto foi construído em seis anos, e ainda há em si o questionamento se, caso eles fiquem muito tempo sem ela como psicóloga na equipe, ela poderá vir a deixar de ser

essencial, pois acredita que eles poderão arranjar uma maneira de dar conta das demandas, como faziam antes de sua chegada.

Há quase dois anos, Soraya é docente na Universidade de sua cidade como supervisora de estágio de Psicologia Hospitalar. Com este trabalho, ela busca conscientizar seus alunos de que eles devem construir seus espaços na equipe, “porque eles não irão chegar e ouvir de um profissional da equipe ‘nossa, ainda bem que temos um psicólogo!’” Ela transmite a eles a sua experiência, pontuando que, atualmente, se considera inserida na equipe, mas houve muito trabalho ao longo dos anos. Para ela, há diferenças entre o hospital universitário e o hospital em que trabalha, por este não ter vínculo com Universidades, o que interfere nesta relação: no hospital universitário, a equipe não é concisa e possui muita rotatividade, já no hospital geral, as equipes tendem a ser mais estáveis.

Durante a proveitosa tarde com Soraya, pude sentir sua disposição em compartilhar seu trabalho e sua satisfação em ser psicóloga hospitalar. Senti que encontrei as fases vividas por Soraya e suas apreensões. Foi um momento de desabafo, de ensinamento e de reflexão conjunta e própria de Soraya, que me fez desejar alongar este encontro para que pudéssemos aprofundar mais nas reflexões que estavam sendo construídas. Encerramos o encontro após 3h terem se passado e nos despedimos.

Soraya graduou-se em uma universidade comunitária em 2006, em uma cidade próxima de onde mora atualmente, localizada em um estado na região Sudeste. De 2006 a 2009, fez alguns cursos na abordagem teórica de sua preferência e relacionados à área hospitalar, como cursos de Aprimoramento e de Especialização, realizados na capital do estado. Em 2010, foi contratada como psicóloga do hospital

da cidade onde mora e onde trabalha até hoje; em 2013, finalizou seu Mestrado no contexto hospitalar e deu início à sua carreira na docência.

Narrativa 8: Isadora

Reuni-me com Isadora em seu consultório para que pudéssemos ter a privacidade necessária e liberdade de tempo para conversarmos a respeito do objetivo deste encontro. Ao iniciarmos o encontro, pedi-lhe que me contasse sobre a sua experiência como psicóloga hospitalar junto à equipe multidisciplinar no hospital. Isadora começou seu relato pela sua trajetória profissional. Durante a Residência Multiprofissional, sentiu que teve um contato maior com a equipe porque todos os profissionais começaram juntos, o que possibilitou que se inserissem juntos nas atividades. Ela percebeu que fazer parte de uma equipe hospitalar é algo que se constrói aos poucos. Para isto, foi necessário que começasse a olhar para si também como psicóloga naquele contexto, de modo a reconhecer a instituição e a demanda apresentada para que fosse capaz de exercer suas funções “clínicas”. Quando ela se referiu à clínica, quis enfatizar a atuação clínica da Psicologia e não a atividade clínica tradicional.

Isadora sente que paira sobre os psicólogos hospitalares a responsabilidade de reintroduzir o subjetivo neste ambiente, porque os profissionais não olham e nem trabalham com este aspecto. Porém, diante desta responsabilidade, ela percebe que parte também dos profissionais a expectativa de que o psicólogo irá lhes oferecer uma receita de como agir diante de tais situações. Exemplificou com uma situação: uma enfermeira a chamou porque não aguentava mais o paciente perguntando se ele iria morrer, então, Isadora foi até ele realizar o atendimento. Quando ela saiu do quarto, a enfermeira foi ao seu encontro e perguntou o que ela fez e o que respondeu a ele. Isadora percebeu que a atitude da enfermeira foi uma passagem de responsabilidade

por ter deixado o caso com ela, ao mesmo tempo em que voltou querendo ficar a par do que ocorreu durante o atendimento.

Enquanto Isadora narrava suas vivências, percebi que existia uma sensação de inconformismo diante da realidade; ela compreende que os profissionais não saibam lidar com tais circunstâncias e que é por isto que o psicólogo tem seu lugar, mas ressaltou que, ao mesmo tempo em que os profissionais buscam passar as responsabilidades diante dos aspectos subjetivos dos pacientes, eles querem saber como ela lida com isto. Esta situação, segunda Isadora, é diferente de como agem diante da necessidade de recorrerem a outras especialidades para resolverem questões com que eles próprios não conseguem lidar; neste caso, não se interessam em saber como foi o procedimento adotado pelo outro profissional. Então, Isadora explica da maneira que for possível, preservando o sigilo do atendimento, mas preocupa-se em deixar claro aos profissionais que, o que foi realizado e veio a funcionar, serviu para aquele determinado paciente, apenas.

Com a responsabilidade que recebe da equipe, Isadora também percebe que depositam nela uma expectativa ilusória de que ela é responsável por curar ou tratar, seja a depressão do paciente, o alcoolismo ou a ansiedade. Nas muitas vezes em que foi chamada para socorrer um profissional, face a suas dificuldades com algum paciente, foi apresentada pelo profissional com a seguinte frase: “ela irá tratar o seu problema”. Ela também sente dificuldade quando a equipe, aflita, a chama para que ajude o paciente a colaborar com a melhora do seu quadro clínico, mas já aconteceu de ir atendê-lo e notar que o desejo dele, naquele momento, não era melhorar. Certa vez ouviu de um paciente, e com isso ela também pôde aprender, que havia o “risco da melhora”. O paciente entendia que se melhorasse, perderia certos benefícios, que vinham do fato de estar doente, nas relações com a família e com o trabalho. Isadora

percebeu que, nestas circunstâncias, quando chega o momento de passar isto para a equipe, torna-se um pouco complicado porque é preciso que compreendam o aspecto subjetivo das reações dos pacientes, até mesmo certas reações inesperadas. Enquanto Isadora me contava sua experiência, percebi o quanto lhe era árdua a tarefa diária. Isadora aprendeu que deveria ponderar entre as demandas expressas pela equipe e aquilo que efetivamente poderia realizar como psicóloga, ou seja, nem sempre o que a equipe espera dela é possível de ser atendido.

Os casos clínicos requerem a participação e o apoio dos profissionais, no entanto, Isadora veio a perceber que é difícil criar um vínculo com determinados profissionais no que se refere às avaliações realizadas pelas áreas individualmente, em prol do cuidado com o paciente. Houve um caso em que foi chamada para atender a um paciente psiquiátrico; ela já havia feito as avaliações necessárias e tinha constatado que ele começava a apresentar alguns indícios de surto psicótico. Então, ligara para o médico responsável pelo atendimento psiquiátrico do paciente para conversarem sobre estratégias de intervenção, mas o médico teve dificuldade em aceitar sua avaliação psicológica, pois o paciente havia passado por um Acidente Vascular Cerebral (AVC), e o psiquiatra acreditava que os sintomas apresentados cabiam como resultado do quadro clínico. Ela precisou propor que eles avaliassem os sintomas possíveis após um AVC e os indícios que o paciente apresentava. Senti o nervosismo de Isadora diante da dificuldade de compartilhar com o outro profissional sua avaliação psicológica, face à preocupação que sentia em não se omitir diante da seriedade do quadro psiquiátrico. Isso exigiu muita habilidade por parte dela no sentido de sensibilizar a equipe de que precisavam agir de maneira conjunta para lidar com os efeitos das questões subjetivas do paciente.

Isadora leva em consideração que, antes de pensar que a equipe está sendo um obstáculo para suas atividades, ela primeiro verifica a causa, de modo que questiona: “o que tem acontecido para que algo esteja assim ou tenha ocorrido de tal forma?” Ela utiliza sua formação psicanalítica para compreender melhor seu relacionamento com a equipe e poder, então, melhorá-lo. Já buscou diferentes formas de atuar: num momento tentou ser mais explicativa sobre aspectos teóricos para que a equipe compreendesse o seu trabalho junto ao paciente, mas percebeu que não seguiam seu raciocínio; também tentou ser mais direta, indo direto ao ponto, porém, neste caso, não se sentia satisfeita com o seu próprio relato para a equipe. Então, decidiu acompanhar melhor o próprio processo da equipe de forma a responder a partir daquilo que percebe ser a questão mais importante para os demais profissionais.

No hospital onde trabalha, a equipe realiza as reuniões multidisciplinares, chamadas “rondas”. Ela tem consciência de que se não houvesse uma psicóloga participando das reuniões, provavelmente a equipe iria se manter na “protocolagem” e apresentação de resultados de cada profissional, sendo que, por parte do psicólogo, é muito difícil apresentar resultados. No início de sua participação, Isadora era a responsável por trazer a discussão sobre o paciente para a equipe, ressaltando a subjetividade de cada caso da reunião. O tempo passou, e hoje ela observa que eles não necessitam dela para fazerem isso; já notaram a importância. Ela precisou trabalhar de modo que nascesse naquela equipe uma “autoridade clínica” de responsabilidade diante do cuidado clínico dos pacientes.

Sob o olhar de Isadora, o psicólogo “entra pelo furo do hospital”, no ponto com maior defasagem que dá motivo para atuarem neste contexto. Acredita que é fundamental manter o tripé na formação profissional para lidar com as adversidades presentes no trabalho: a supervisão, o estudo teórico e a análise pessoal. Para

Isadora, estes três pilares favorecem para que melhore sua atuação, pois quando sente que algo na equipe a está incomodando, ela leva para sua análise, de modo a evitar que isto se manifeste de forma negativa com os profissionais; e a supervisão junto ao estudo teórico favorecem para que desempenhe melhor sua prática clínica.

Neste encontro, senti que Isadora compartilhava suas experiências como se estivesse conversando com uma colega de profissão, e não para uma pesquisa, e isto fez com que suas experiências fossem expressas de modo mais genuíno e intenso. Percebi que conserva em si a intenção de analisar as partes envolvidas em uma relação e a necessidade de manter-se aprendendo sobre sua profissão e sobre si mesma para que possa manter-se aprimorando seu trabalho. Seu olhar mostrou-se crítico diante do trabalho que lhe é exigido e esperado como psicóloga, e traz clareza frente ao que já vivenciou. Nosso encontro durou por volta de 1h30min e foi muito rico nos detalhes das experiências compartilhadas, mas precisamos nos despedir.

Isadora graduou-se em 2011, em uma universidade federal de um estado na região Nordeste, onde nasceu, e pôde fazer estágio em Psicologia Hospitalar. Quando se formou, estava em dúvida se ingressaria no Mestrado ou na Residência Multidisciplinar. Por não ter uma questão objetiva para um projeto de pesquisa, optou por aprimorar sua prática no Programa de Residência de uma das Universidades Federais de seu estado. Após dois anos, foi contratada como psicóloga hospitalar em um hospital da capital de um estado na região Sudeste para onde havia se mudado e, neste ano, iniciou seu Mestrado.

Narrativa 9: Alana

Encontrei Alana no refeitório destinado aos profissionais do hospital em que trabalha. Assim que nos acomodamos, ela logo abordou o assunto proposto para o encontro, então segui com as formalidades éticas e fiz-lhe a questão norteadora.

De início, ela se mostrou em dúvida sobre qual das equipes ela deveria comentar sua participação. Pedi que me contasse sobre as diversas relações que estabeleceu com os demais profissionais que lhe fossem significativas. Alana separa os profissionais em três equipes: a equipe médica, a equipe multidisciplinar e a equipe de enfermagem. A separação que propôs parte de como entende o relacionamento com cada um desses grupos de profissionais, pois ela tem melhor relacionamento com a equipe multidisciplinar, que está mais disposta a ouvir e participar em conjunto. Dela fazem parte a Nutrição, a Fisioterapia e a Assistência Social, as quais estão mais presentes na ala de Quimioterapia.

Com a equipe de enfermagem, Alana sente que um bom relacionamento é impossibilitado porque os profissionais estão muito ocupados, o que torna difícil se reunirem para discutir os casos; e os profissionais da equipe médica não se fazem presentes na ala, de modo que ela, às vezes, não é apresentada ao médico do período. Com relação aos médicos em geral, Alana já deixou de se importar em se apresentar para aqueles que acabaram de chegar, pois se sente incomodada em ter que partir dela o esforço para estabelecer uma “boa vizinhança”. Ela reconhece, enfaticamente, que a maior dificuldade de relacionamento está presente, então, com os médicos, pois sente neles uma descrença frente ao trabalho da Psicologia, assim como uma grande dificuldade em lidar com o lado subjetivo dos casos.

Alana ainda exemplificou a sua percepção em relação ao relacionamento estabelecido entre o médico e o paciente: houve um caso em que o paciente fez seus exames após um período de tratamento e não apenas o câncer inicial não diminuiu, como houve metástase em outras regiões do corpo. Neste caso, o médico apenas comunicou ao paciente que iriam manter o tratamento. Alana foi conversar com o profissional, pois o paciente tinha poucas chances de sobreviver e, naquele

ponto, a equipe deveria pensar em um tratamento paliativo para que pudesse fornecer um cuidado mais humanizado neste estágio, mas o médico foi relutante. Ela observa, claramente, que a equipe responsável pelas alas de tratamento intensivo e com casos terminais possui grande dificuldade em lidar com questões relacionadas à vida e à morte, como se fizessem uso de “mecanismos de defesa” na forma como lidam com os pacientes, principalmente com aqueles em estágio terminal. Os médicos tendem a se afastar do paciente, não se relacionam e evitam perguntas diante do quadro clínico.

Para Alana, o fato do profissional ser parte de uma ala de tratamentos intensivos também influencia na dificuldade de construir relacionamentos, porque as equipes são mais fechadas, sendo necessário que o psicólogo trabalhe mais para provar que podem confiar nele. Ela reconhece que o trabalho do psicólogo nestas alas tem maior demanda junto aos pacientes, os quais são o foco do seu atendimento. Ainda assim, ela percebe que a equipe necessita receber suporte também. No entanto, as demandas que trazem costumam relacionar-se à instituição ou serem relacionais, principalmente entre profissionais e outras equipes, e, na maioria das vezes, não há muito o que ela possa fazer. Quando Alana recebe uma demanda deste tipo, ela busca se afastar – metaforicamente falando – para que possa melhor observar o que está ocorrendo, pois o trabalho de psicóloga a possibilita agir desta maneira, algo que os demais profissionais não costumam realizar.

Alana novamente mostrou estar em dúvida sobre o que mais poderia compartilhar e preocupava-se a respeito do que seria interessante para a minha pesquisa. Fez, novamente, uma pausa em seu relato e questionou o que eu gostaria de ouvir. Percebo que, em seu relato, falava de suas experiências com as equipes mais como uma observadora e isto me levou a pedir-lhe que falasse um pouco mais sobre ela enquanto psicóloga na equipe de uma ala de tratamento intensivo.

Alana respondeu que sente que o trabalho é muito solitário, principalmente na Quimioterapia, porque ela realmente trabalha sozinha, as outras duas psicólogas são residente e estagiária e ficam presentes apenas em alguns horários durante a semana e, como Alana não é preceptora de nenhuma das duas, elas não têm muito contato. Percebi que dizia que as relações se tornam superficiais: Alana as ajuda quando necessário, porém, não há cumplicidade no trabalho. Então, comentou que se relacionar com as demais psicólogas do hospital é ainda mais difícil, principalmente para estabelecerem um momento de discussão de casos e reflexões sobre a atuação diante da instituição, pois as psicólogas encontram-se em alas distintas e distantes, com horários diferenciados. Algo que lhe faz falta é a cumplicidade no cuidado aos pacientes em atenção intensiva e o respaldo de outros psicólogos para que possam se relacionar, compartilhar experiências, conversarem sobre os casos para intervenções e para aliviarem-se das angústias que surgem do cuidado.

Percebi, também, que estava comunicando reflexões já prontas diante dessas experiências, ou seja, pareciam bem compreendidas por ela, não havendo necessidade de retomá-las. Mesmo assim, pude, claramente, perceber como se davam as relações com a equipe e como atua como psicóloga hospitalar.

Ao nos despedirmos, após 50 minutos de encontro, Alana finalizou dizendo que prefere trabalhar em qualquer outra ala do hospital que não a Quimioterapia. Ocorreu-me que o que está mais presente no seu trabalho aqui é o sentimento de solidão, tanto em relação ao convívio com a equipe quanto com a impossibilidade de contatar outros profissionais, principalmente psicólogos, e dividir a carga emocional e demandas características dessa ala. Talvez possa ter sido este aspecto que a fez evitar alongar-se mais durante o encontro em relação às suas vivências; por esta razão, buscou

focalizar seu relato em aspectos mais concretos e práticos que, a seu ver, poderiam servir ao propósito de uma pesquisa.

Alana graduou-se em 2012, numa universidade comunitária da qual faz parte o hospital referido em sua narrativa, ambos localizados numa cidade de um estado na região Sudeste. Nos dois anos seguintes após graduada, cursou a Residência Multidisciplinar neste mesmo hospital. Atualmente, trabalha em clínica particular e está trabalhando na área de Quimioterapia, deste hospital, substituindo a psicóloga responsável que está em licença-maternidade.

Narrativa Síntese

As narrativas dos participantes possibilitaram compreender as singularidades vividas por eles na prática cotidiana junto às equipes multidisciplinares. Cada qual a seu modo, escolheu um caminho para narrar suas vivências: houve aqueles que iniciaram pelo processo de formação profissional; outros preferiram lançar mão das experiências atuais para, então, retomar algumas anteriores que lhes pareceram significativas; por fim, houve os que se detiveram apenas às experiências atuais.

Ao longo de cada encontro, as falas iniciais sobre as vicissitudes e demandas no contexto hospitalar foram se dissipando aos poucos, dando lugar para a expressão de como compreendem o vivido por eles nas equipes. O momento do encontro com a pesquisadora pareceu lhes possibilitar atualizarem os significados de cada experiência. Para falarem sobre suas experiências, tornou-se imprescindível descrever as características da instituição hospitalar e como a equipe multidisciplinar se constitui para que possam reconhecer o ambiente de trabalho, e as formas como os relacionamentos interpessoais são estabelecidos. Pois há diferenças significativas no modo como se organizam os modelos de hospital.

O existir das equipes enquanto multidisciplinares, ou seja, a participação conjunta de todas as especialidades envolvidas no cuidado, é essencial para que o psicólogo possa construir uma relação e aprimorar sua própria forma de atuação. Uma vez que os profissionais da equipe não se relacionam entre si e não se relacionam em conjunto com os pacientes, são fatores que impossibilitam ao psicólogo exercer sua participação de maneira efetiva. Se não houver um lugar à sua espera no contexto da equipe, torna-se difícil ser recebido e integrar-se a ela. A sensação de ter que “cavar seu espaço” torna-se tão nítida que sua compreensão é instantânea, praticamente inerente a este trabalho.

Este é um elemento penoso, pois requer que tenham disponibilidade de tempo, paciência e disposição a cada vez que iniciam um trabalho com uma equipe nova. Por entenderem este caráter intrínseco, se mostram preparados singularmente; ao mesmo tempo em que parece haver, também, um olhar resignado para esta circunstância, que acaba por tornar-se instigadora de estratégias criativas.

Os trabalhos tornam-se dobrados: assumir o papel de psicólogo hospitalar e atravessar o árduo caminho que os leva a se constituírem participantes nas equipes. Uma vez que os modelos de relacionamento que encontram junto às equipes são sempre uma incógnita, esforçam-se para desempenharem bem nas diversas alas das diferentes especialidades médicas, da Clínica de Ortopedia à Unidade de Tratamento Intensivo.

Não importa há quanto tempo atuem em hospital, as vivências em circunstâncias muito exigentes e trabalhosas leva-os à exaustão. Sentem-se exigidos para além do que lhes cabe desempenhar. Geralmente, os profissionais da equipe esperam que eles os livrem dos momentos mais difíceis, como comunicarem o óbito de um paciente à família. Por tal razão, referem-se ao trabalho nas equipes como

“trabalho de formiguinha”, o que, em alguns momentos, os leva a questionar seus papéis e sua importância para a equipe.

Este trabalho carrega consigo variadas dificuldades que exigem dos psicólogos “romper barreiras” para que possam construir e alcançar uma relação fundamentada na confiança junto aos representantes de outras especialidades. Pois, pelo fato de “o hospital nunca ter sido o lugar da Psicologia”, as demais especialidades encontram a sua maneira de lidar com as demandas psicológicas. Em razão disso, os psicólogos são e sentem-se responsáveis por cuidar dos aspectos subjetivos do paciente e da própria equipe. Assim, auxiliam os pacientes e as equipes a compreenderem e lidarem com as demandas que cada subjetividade apresenta a partir dos significados próprios da circunstância vivida, levando em conta as emoções que emergem e as perspectivas envolvidas, assim como as possíveis manifestações emocionais que a própria equipe possa vir a expressar.

Para compreender as atitudes das equipes frente às demandas, o psicólogo se faz presente por meio de sua atenção e disponibilidade, ao ter em vista acolher os pedidos de ajuda que surgem, explícita ou implicitamente. Compreendem o modo de agir dos profissionais que se afastam do contato com as emoções e com a subjetividade dos pacientes como um modo de autoproteção, como defesa para preservar a agilidade e a eficiência de suas ações profissionais. Por isso, concluem ser necessária uma atitude de empatia em relação aos demais profissionais e a desenvoltura desta atitude nos mesmos quando diante dos pacientes e de quadros clínicos complicados ou prognósticos ruins.

Os participantes percebem que este modo dos demais profissionais da equipe se relacionarem com os aspectos subjetivos dos pacientes decorre de uma postura de não querer atrair para si a responsabilidade de solucionar este tipo de problema

que lhes é estranho e que lhes gera insegurança. Assim, não reconhecer o sofrimento emocional do paciente é o meio que encontram para não ter que adentrar um terreno para o qual se sentem despreparados. Esta sensação de despreparo os faz angustiados e inquietos, levando-os a recorrer ao psicólogo enquanto alguém a quem cabe lidar com essas solicitações. Deste modo, distanciam-se deste tipo de cuidado, como se fosse função exclusiva do psicólogo. Por sua vez, este sente-se sobrecarregado com demandas que poderiam ser compreendidas pela equipe como parte do todo, a partir da compreensão do quadro clínico do paciente e do processo de adoecimento, e não como uma demanda de outra natureza.

Neste sentido, o envolvimento de todos os profissionais e as reuniões de equipe tornam-se propícios para que um sentimento de corresponsabilidade surja e gere parceria, valorizando a presença dos psicólogos. Quando estes conseguem se posicionar como legítimos participantes da equipe, tornam-se capazes de compartilhar com os colegas a necessidade de um trabalho conjunto de todas as especialidades para garantir o cuidado integral aos pacientes em relação às demandas físicas e emocionais.

A experiência dos participantes permitiu vislumbrar suas preocupações com uma outra atitude: o cuidar de si mesmos, compreendida como tão importante para a atuação quanto aquelas que dizem respeito aos relacionamentos com os membros da equipe e com os pacientes. Sabem que precisam preservar seus papéis profissionais mantendo um certo nível de neutralidade nos relacionamentos com os pacientes e com os outros profissionais, isto é, não podem assumir como suas ou elencar grau de importância às demandas emocionais dos demais. Sentem que devem atuar como mediadores nas situações de conflito e valorizar as diversas formas de relações estabelecidas como parte de suas funções.

A preocupação em manter a integridade para que possam oferecer o cuidado adequado os faz analisar suas atitudes e vivências nos diferentes momentos; buscam conciliar estudos com a prática para que possam se manter atualizados; reconhecem a importância de trabalharem próximos aos colegas psicólogos do mesmo hospital, pois este pode se tornar um trabalho solitário. Cuidam, também, de suas próprias emoções, de forma a compreenderem os sentimentos que podem vir a influenciar, negativamente, suas atuações e relacionamentos nas equipes e com os pacientes e familiares.

Apesar do enfrentamento necessário, quando é construída uma relação duradoura com a equipe, todo esforço vale a pena. A recompensa diz respeito a fazer parte, ser percebido e valorizado como um especialista, ter seu trabalho compreendido e suas contribuições aceitas. A compreensão do papel do psicólogo hospitalar é expressa pela equipe que “espera, pede e aceita suas avaliações e contribuições”. Assim, destacaram que o psicólogo hospitalar é valorizado no momento em que a equipe demonstra considerar adequadamente as demandas que lhe cabem e as orientações dadas, e acolhe suas sugestões e avaliações.

Para os participantes desta pesquisa, as circunstâncias que dificultam o trabalho em equipe não atingem, negativamente, seus desempenhos ou suas escolhas em trabalhar nesta área. No entanto, reconhecem a necessidade de se sentirem melhor preparados, em termos teóricos e práticos, para enfrentar tais circunstâncias, pois se trata de uma realidade vivida por muitos – se não por todos – os psicólogos hospitalares.

Capítulo 5: Os Resultados desta Pesquisa em Interlocução com Outros

Estudos sobre o Tema

Os encontros dialógicos realizados pela pesquisadora com os nove participantes desta pesquisa possibilitaram uma aproximação com os elementos significativos que permeiam suas vivências como membros de equipes multidisciplinares em hospitais. O início da atuação do psicólogo em hospitais caracterizou-se pela predominância de práticas distintas daquelas que tradicionalmente eram realizadas por esse profissional em outros contextos, tais como consultórios particulares, ambulatórios e escolas. A simples transposição de modelos anteriores de atuação para o contexto hospitalar mostrou-se inadequada face às exigências específicas que o caracterizam (Nunes & Prebianchi, 2011; Santos & Jacó-Vilela, 2009 citado por Azevêdo & Crepaldi, 2016). Assim, a prática da Psicologia Hospitalar foi adequada de modo gradativo a partir dos desafios enfrentados durante a inserção em um campo majoritariamente dominado por profissionais das Ciências Médicas (Azevêdo & Crepaldi, 2016).

Waisberg *et. al.* (2008) analisaram a visão da equipe hospitalar sobre a atuação do psicólogo neste contexto; diante da dificuldade da equipe em responder sobre a atuação e relevância do psicólogo hospitalar, concluíram que este profissional tem dificuldade para desenvolver atividades compatíveis com as exigências da área da saúde em função de uma formação na qual predomina a ênfase em clínica tradicional. Assim, torna-se relevante destacar que todos os nove participantes desta pesquisa escolheram continuar sua formação, após a conclusão do curso de Graduação em Psicologia, priorizando cursos disponíveis à época. De acordo com o Tabela 1, os três participantes graduados anteriormente ao ano de 2010, concluíram cursos de Aprimoramento e Especialização. Dos seis demais participantes graduados a partir de

2010, dois concluíram cursos de Especialização e quatro cursaram o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, modelo desenvolvido mais recentemente por inferência do Ministério da Saúde.

Todos os participantes cursaram algum tipo de Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Psicologia Hospitalar, ainda que estes variassem de acordo com o momento de conclusão da Graduação. Ressalta-se a importância de se engajarem em cursos que aprofundassem seus conhecimentos, tanto teóricos quanto práticos, e que lhes possibilitassem adquirir competências e habilidades específicas para atuarem adequadamente em equipes nos hospitais.

Este grupo de participantes apresenta uma diversidade de processos de formação, desde os locais em que concluíram a Graduação em Psicologia até os cursos de Pós-Graduação, o que propiciou entrar em contato com variadas vivências sobre as formas e os meios a partir dos quais os psicólogos estabelecem um relacionamento com as equipes multidisciplinares. Da mesma forma, esta diversidade oportunizou reconhecer como manejam as demandas cotidianas. Deve ser destacado, também, que as instituições hospitalares em que trabalham atualmente, variam quanto à sua natureza – geral, geral universitário, cardíaco e de reconstrução plástica (vide Tabela 1).

Ao constatar-se esta diversidade de locais, de formação e os diferentes tipos de hospitais em que atuam ou atuaram, torna-se interessante pontuar que este estudo trouxe à luz a estrutura da experiência desses participantes em toda a sua complexidade e abrangência. As narrativas revelaram que os participantes escolheram descrever suas vivências de duas maneiras: explanando sobre as atividades desenvolvidas como psicólogos hospitalares junto às equipes, e rememorando os acontecimentos que marcaram suas trajetórias profissionais e seus

impactos sobre eles próprios, vistos como pessoas que carregam emoções, sentimentos e compreensões sobre as próprias experiências.

Deste modo, foi possível descrever os elementos estruturantes destas experiências. Embora eles sejam apresentados distintamente a seguir, guardam relações entre si.

1) A necessidade de “cavar espaço” para conquistar respeito e reconhecimento por parte da equipe

Este elemento é o primeiro a ser apresentado por ter sido descrito, nas narrativas, como fundamental para os psicólogos iniciarem efetivamente suas atividades junto à equipe multidisciplinar no contexto hospitalar. Os participantes, ao relatarem a realidade do vivido no cotidiano de suas atuações, explicaram os significados de suas experiências a partir do tipo de instituição, de ala hospitalar e de formação da equipe em que atuam ou atuaram, enquanto um marco de distinção. O modo como percebem a dinâmica da equipe mostrou-se importante para que os participantes pudessem encontrar um meio de se relacionar e fazer com que os demais profissionais os enxergassem como uma especialidade também essencial, apesar das diferenças em relação às demais.

Assim, conseguiram dar início aos trabalhos e ao processo de tomada de posição na equipe. Este lugar diz respeito tanto a atender às demandas hospitalares que lhes cabem, quanto à participação em equipe multidisciplinar. De fato, para atuarem junto à equipe multidisciplinar e de acordo com suas funções, é preciso que os obstáculos que envolvem a diferença das áreas de atuações profissionais na equipe, a proximidade dos profissionais e a própria configuração das instituições sejam enfrentados, tal como Feriotti (2009) indicou.

Devido à importância de possibilitar que as demais especialidades reconheçam o papel realizado pelo psicólogo no contexto hospitalar e possibilitar um cuidado interdisciplinar, os participantes priorizam construir uma relação junto à equipe com intuito primordial de criar um vínculo de confiança entre os profissionais, enquanto pessoas e especialistas. Este tipo de relacionamento vai além de somente fazer parte do trabalho desempenhado por uma equipe multidisciplinar, corresponde a um envolvimento enquanto grupo.

Por mais que haja horário para a reunião e, em outros momentos, as atuações sejam separadas, a equipe segue um delineamento único para uma atuação em conjunto; por isso, para que haja qualidade na proximidade e no progresso dos profissionais em atuações individuais, a equipe deve ser olhada enquanto grupo. O grupo, a respeito de sua formação, intuito e funcionamento, aqui é compreendido na perspectiva de Carl R. Rogers. Segundo Rogers (1976), um grupo pode se formar de diversas maneiras e com diversos propósitos, mas há uma qualidade que os unem: a possibilidade dos envolvidos vivenciarem uma experiência intensiva que influencia no desenvolvimento grupal e pessoal.

A composição em grupo é uma oportunidade dos membros atentarem para o processo e para a dinâmica das relações interpessoais, ao passo que começam a se relacionar em um nível de reconhecimento mútuo. Cada especialista que compõe a equipe tende a expressar sua maneira de pensar e seus modos de agir aos demais, isto pode levar à construção de vínculos que facilitam a atuação do grupo como um todo. A participação em grupo proporciona o desenvolvimento de um relacionamento no qual um pode ouvir o outro, refletir sobre atitudes e comportamentos grupais e pessoais, e aprender sobre a possibilidade de mudanças construtivas a partir de um processo de crescimento intersubjetivo (Rogers, 1976).

Estas mudanças ocorrem em duas instâncias primordiais: na pessoa, a quem é possibilitado vivenciar um clima de aceitação positiva por parte dos demais membros e reciprocamente, oportunizando reflexões que podem mudar o próprio autoconceito e suas atitudes ao sentir-se num clima grupal empático; e no grupo, em função de uma convivência cotidiana que leva ao compartilhamento de conhecimentos, procedimentos e modos de intervenção que passam a ser assumidos por todos, independentemente da especialidade, vêm a desenvolver sentimentos de segurança que beneficiam a integralidade das ações. Também é provável que ocorram mudanças na própria instituição na medida em que as equipes vão se tornando mais consolidadas e protagonistas de iniciativas que melhoram o desempenho das diversas especialidades.

Assim, a necessidade de os participantes se sentirem parte reconhecida da equipe remete ao relacionamento de modo grupal. Para tanto, os psicólogos parecem ser aqueles que mais buscam estimular a equipe para este modo de se relacionar. Em suas narrativas, os participantes relataram ser um processo difícil que exige disponibilidade, paciência e desenvolvimento de estratégias criativas que os aproximem dos profissionais da equipe. Para a maioria deles, o início da participação em equipes nos hospitais caracterizou-se como caótico, com grandes dificuldades a serem ultrapassadas e com necessidade de muita tolerância à frustração; aos poucos se tornou um contexto fértil para uma aprendizagem significativa que permitiu estabelecer a diferença entre o ideal e o possível de ser realizado (Maldonado & Canella, 2003).

As exigências e os obstáculos nos relacionamentos intra equipe são circunstâncias que precedem a possibilidade de realização de um trabalho gratificante. Deste modo, o desejo de participar efetivamente da equipe e contribuir

para a qualificação do cuidado aos pacientes, transcende as características elencadas pela Resolução nº 013/2017 do CFP, que delimita os possíveis moldes de ações referentes a cada tipo de demanda que o psicólogo hospitalar é solicitado em relação: ao paciente, à equipe e aos familiares, e as tantas sistematizações da atuação do psicólogo hospitalar encontradas na literatura (Angerami-Camon, 2003; Miranda *et al.*, 2015; Nogueira-Martins, 2012; Simonetti, 2013).

O psicólogo hospitalar está capacitado por sua própria formação a analisar as relações intersubjetivas presentes no contexto, assim como possibilitar, às partes envolvidas, clarear quaisquer manifestações emocionais ou subjetivas diante de um caso clínico, desde que o lugar deste profissional esteja assegurado pela instituição e pela equipe (Angerami-Camon, 2003). No entanto, a competência e a habilidade para lidar com os obstáculos enfrentados pelos participantes no relacionamento com a equipe e para uma atuação com autonomia, foram conquistadas a partir das vivências cotidianas, ou seja, não estão nos livros didáticos, tampouco nos manuais técnicos. Para os participantes, é essencial e condição necessária para uma boa atuação, que o psicólogo hospitalar estabeleça uma relação grupal com seus pares e com os demais profissionais enquanto uma especialidade que é considerada em igualdade de condições em relação às demais.

2) A sobrecarga de demandas que recaem sobre o psicólogo ao participar de uma equipe multidisciplinar

Acima, discorreu-se a respeito do processo inicial para os participantes atuarem junto à equipe multidisciplinar. Eles descreveram, claramente, a existência de diversas barreiras a serem ultrapassadas para que possam participar junto às outras especialidades como um grupo e, assim, encontrarem seus próprios modos de atuação diante das demandas e das relações que estabelecem.

Os relatos das experiências dos participantes possibilitaram compreender suas atuações em equipes multidisciplinares como necessidades lineares de um processo, em vista de alcançar o modelo de cuidado primordial: atender às demandas de modo integral junto à equipe. Ao descreverem suas atuações na prática, enfatizaram os obstáculos e cuidados a serem tomados ao se relacionarem com a equipe multidisciplinar e atender às demandas solicitadas por ela.

Quando recebem uma solicitação de atendimento ao paciente, vinda de alguém da equipe, os participantes atentam-se para observar se aquele pedido carrega consigo alguma demanda da própria equipe. É comum os profissionais da equipe não compreenderem o processo subjetivo de adoecimento ou não terem suporte emocional para lidar com as demandas e exigências emocionais dos pacientes.

Nestes casos, os profissionais da saúde sentem-se vulneráveis a vivenciar os mesmos sentimentos que os pacientes, por não disporem de recursos psicológicos para lidar com esta demanda. Um estudo realizado em Londres apresentou as tensões emocionais que os profissionais da saúde, no caso os enfermeiros, podem vivenciar no contexto hospitalar: observou-se o aumento de ansiedade, angústia e frustração em decorrência das situações vividas nas condições de trabalho, junto a sentimentos contraditórios em relação aos pacientes – piedade, compaixão, amor; culpa, ansiedade, ódio e ressentimento (Nogueira-Martins, 2012).

Segundo o mesmo autor, estes aspectos podem ser compartilhados por várias especialidades da área da saúde, e variar devido às características de formação e atuação de cada uma. No caso dos médicos, a formação médica tradicional imprime relativa importância à compreensão da subjetividade humana, no entanto, os alunos das escolas médicas não são efetivamente ensinados a expressar e escutar os aspectos da relação intersubjetiva e a acolher as manifestações do sofrimento

humano, pelo contrário, muitas vezes são encorajados a encobrir estas dimensões, tanto do outro quanto em si próprios (Silva & Ayres, 2010 citado por Barreto & Castro, 2015).

Uma vez que o psicólogo hospitalar recebe uma solicitação de intervenção e constata que ela decorre da equipe ou de algum profissional individualmente, lhe é exigido realizar um trabalho duplo: atender ao paciente para fazer sua própria avaliação sobre seu estado psicológico e emocional naquele momento, e então, retornar à equipe para analisar, agora, ambas as demandas – a do paciente e a da equipe – e buscar solucioná-las em conjunto. Assim, deve ser reconhecido que o trabalho do psicólogo hospitalar junto à equipe não se limita a fazer parte dela de modo a caracterizá-la enquanto multidisciplinar; mas também, oferecer suporte e auxílio psicológico para as dificuldades práticas e subjetivas dos profissionais diante da sua prática cotidiana (CFP, 2007).

Cabe ao psicólogo contribuir para a avaliação dos casos atendidos em equipe e ouvir a demanda de seus integrantes de modo a saná-la, desde que haja abertura para tamanha atuação. Este modo de atuação do psicólogo hospitalar junto às necessidades das equipes difere do que alguns estudos apresentaram sobre o que as mesmas esperam deles: há equipes que estipulam os moldes de atuação do psicólogo e esperam que o mesmo aja de acordo, como no caso de aceitarem e atenderem todas as solicitações encaminhadas, caso contrário, é provável que as equipes dificultem o trabalho interdisciplinar e interpessoal; também espera-se que os psicólogos hospitalares as qualifiquem para atender às demandas relacionadas aos aspectos subjetivos e emocionais dos pacientes (Kirchner *et. al.*, 2012; Tonetto & Gomes, 2007; Waisberg *et. al.*, 2008).

A atuação do psicólogo hospitalar aos poucos tem mostrado a sua complexidade e a inexistência de uma técnica geral e exata para atender às demandas. Por isso, o desenvolvimento de uma relação grupal sólida é fundamental para que a singularidade do papel do psicólogo hospitalar possa ser reconhecida pela equipe.

3) A preocupação com a integralidade do cuidado ofertado

De acordo com os elementos acima descritos, para que o psicólogo hospitalar possa realizar sua atuação, o mesmo necessita de uma proximidade profissional e pessoal com a equipe multidisciplinar. Esta percepção independe do tipo de instituição, se diversificam apenas quanto a intensidade dos obstáculos a serem enfrentados.

Para os participantes, no momento em que os membros da equipe compreendem o papel do psicólogo hospitalar e reconhecem a necessidade de dar importância aos aspectos subjetivos e emocionais dos pacientes, torna-se possível haver um trabalho com maior intercâmbio entre os diversos saberes. Antes que isto aconteça, os profissionais irão agir isoladamente e à sua própria maneira com as demandas emocionais dos pacientes. Assim, excedem suas próprias competências e vêm a ocupar o lugar destinado ao psicólogo hospitalar. Este, por sua vez, está mais capacitado a compreender as demandas que emergem da subjetividade do paciente no processo de entender seu adoecimento e que influem no processo de recuperação da saúde em seu quadro clínico.

Comumente, a equipe se posiciona diante do paciente a partir de um raciocínio biomédico e somente vem a admitir a relevância dos aspectos emocionais, enquanto demandas a serem contornadas (Maldonado & Canella, 2003). Ainda, estes aspectos

somente são ressaltados caso haja um psicólogo na equipe para trazê-los à tona e que possa orientar tais compreensões.

Estes obstáculos, ressaltados nas narrativas, mostram a importância de haver conhecimento por parte dos membros da equipe a respeito dos conceitos sobre cuidado biopsicossocial, integralidade e interdisciplinaridade no contexto hospitalar. Dada a oportunidade da presença do psicólogo no contexto hospitalar, possibilita-se a concretização da humanização do cuidado em hospital (Angerami-Camon, 2003). Como participante da equipe, o psicólogo hospitalar intenciona desenvolver uma atuação compartilhada que promova o cuidado integral, ou seja, esforça-se para que a atenção ao paciente contemple todos os âmbitos do cuidado – biológico, psicológico e social – de modo a integrar as partes que formam o todo, sem fragmentá-lo. Essa proposta busca oferecer o contrário de um cuidado fragmentado que impede esta visão e descuida-se dos aspectos emocionais e sociais como influentes em determinado grau e intensidade em todas as enfermidades (Maldonado & Canella, 2003), uma vez que, na maior parte das vezes, elas trazem consequências desorganizadoras para a vida cotidiana do paciente e de seus familiares.

O psicólogo hospitalar propicia à equipe, com maior facilidade, um olhar amplo e inter-relacionado de todos os aspectos presentes no cuidado aos pacientes do ponto de vista relacional. Por ocasião das reuniões semanais, quando há contato mais próximo entre os profissionais da equipe para discussão de casos e nas rondas pelos leitos, o psicólogo hospitalar pode expressar sua perspectiva e suas avaliações que contribuirão para ampliar o olhar dos demais sobre os aspectos psicológicos envolvidos nos processos característicos do cuidar.

4) O especialista no cuidado subjetivo e emocional e a atitude empática

O psicólogo, enquanto especialista no cuidado aos aspectos subjetivos e emocionais, percebe a passagem de responsabilidade da equipe que busca se afastar das demandas que lhe causam angústia. Os participantes compreendem que os profissionais da equipe não têm habilidades e conhecimentos para lidar com as demandas subjetivas dos pacientes. A presença do psicólogo hospitalar torna-se essencial, pois percebe que, caso a equipe venha a enfrentar, sozinha, tais circunstâncias, pode prejudicar o equilíbrio psicológico e emocional das demais especialidades.

O distanciamento da equipe frente aos atendimentos intensifica o trabalho do psicólogo em mediar a relação equipe/profissional-paciente. Kirchner *et. al.* (2012) pontuaram como estratégias de enfrentamento da equipe as posturas que caracterizam insensibilidade emocional e afastamento de situações que a impeça de realizar importantes ações para uma evolução positiva do quadro clínico do paciente. Acrescentado a isto, o distanciamento dos profissionais frente aos pacientes pode produzir a eles sofrimento, pois conduz a um sentimento de insegurança diante da doença, do prognóstico e do profissional (Riba & Juver, 2009 citado por Barreto & Castro, 2015).

Por reconhecerem, em si mesmos, a função e a importância do papel do psicólogo hospitalar, os participantes compreendem a atitude da equipe nestas circunstâncias. Desse modo, enfatizam a intenção de desenvolver, na equipe, o olhar empático para o processo de adoecimento e os aspectos subjetivos presentes para que haja uma corresponsabilização do cuidado.

Os participantes, independentemente de seus fundamentos psicológicos, também demonstraram preocupação em atuar, em relação aos pacientes e à equipe, a partir da atitude empática. Esta atitude, de acordo com Rogers e Wood (2008),

representa a possibilidade de “sentir o mundo privado do outro como se fosse o seu, mas sem perder a qualidade do ‘como se’”. Esta atitude possibilita ao outro – no caso, o psicólogo hospitalar – compreender aquilo que um – o paciente, a equipe ou um profissional – já conhece; assim como também capacita ao psicólogo entrar em contato com os significados da experiência do outro, expressa no momento em que este tem apenas breve ou nenhum conhecimento.

A intenção dos participantes é poder desenvolver, nos demais profissionais, esta atitude em via de caracterizar a relação profissional/equipe-paciente. Isto proporcionará evoluir a qualidade dos relacionamentos, cultivar o olhar para a perspectiva do paciente de maneira ampliada e possibilitar aos profissionais compreenderem, de maneira integrada, as demandas, os quadros clínicos, o modo subjetivo de cada paciente lidar com seu processo de adoecimento e aos próprios profissionais poderem compreender seus sentimentos provenientes da relação de cuidado. Trata-se de uma oportunidade do psicólogo hospitalar auxiliar os demais profissionais a desenvolverem a atitude de empatia diante dos pacientes para evoluírem os relacionamentos estabelecidos e, assim, estabelecerem devidamente suas atuações, tanto individualmente quanto em grupo, ao derrubar mais este obstáculo.

5) A valorização do psicólogo hospitalar pela equipe desenvolve-se a partir de uma relação de confiança mútua

Constatou-se que alguns elementos presentes nas experiências dos participantes dizem respeito a significados que não estão descritos em definições sobre as atuações do psicólogo hospitalar, mas que fazem parte de suas atuações independentemente do tipo de instituição e da equipe multidisciplinar em que trabalham. Os elementos acima citados não deixam dúvida sobre a existência de

obstáculos, principalmente no que diz respeito às importantes relações entre psicólogo-equipe e equipe-paciente, que dificultam a integralidade na abordagem e compreensão do cuidado. Para os participantes, somente a partir do momento em que suas atuações entram em cena e eles participam em conjunto das intervenções da equipe, podem iniciar um trabalho interdisciplinar com olhar amplo para as necessidades subjetivas e emocionais; caso contrário, apenas lhes caberia um papel protocolar em relação aos pacientes e aos procedimentos de avaliação desenvolvidos pela equipe.

Por mais que o ingresso de psicólogos em equipes multidisciplinares esteja regulamentado e venha aumentando, por meio das narrativas pôde-se perceber que ainda há uma defasagem na compreensão dos demais profissionais sobre esta profissão quando atuando em hospital. Partindo da percepção dos participantes, isto provoca um distanciamento entre os profissionais da saúde e os psicólogos porque, aos olhos da equipe multidisciplinar, o psicólogo não é tão fundamental quanto os demais no cuidado à saúde.

O fato da Psicologia ser parte das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde, promove nos profissionais da saúde uma certa desconfiança sobre as afinidades possíveis para uma atuação conjunta. As demais especialidades, tais como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, entre outras, parecem se reconhecer reciprocamente em relação aos procedimentos e visões sobre o binômio saúde-doença – os objetos de estudos e a prática são próximos. No caso da Psicologia, a perspectiva contempla aspectos emocionais nas relações subjetivas e intersubjetivas, cujo objeto difere das ciências tradicionalmente consideradas como da área da saúde. Sob um olhar externo, a Psicologia ocupa-se de aspectos menos visíveis do que órgãos e os sistemas físicos ou físico-químicos. Ela tem como objeto de estudo o

funcionamento psicológico dos indivíduos. Este objeto não é visível, palpável, mensurável, qualificável e, tampouco, passível de qualificação dos resultados obtidos em um tratamento (Japiassú, 2008; Melo, 2015), da mesma forma que as Ciências Médicas conseguem.

No contexto hospitalar, o psicólogo tem contato maior, direto e que necessita ser rápido com os demais profissionais, que possuem diferentes conhecimentos, diferentes modos de dialogar e de mostrar seus resultados. Por isso, a literatura apresenta (Kirchner *et. al.*, 2012; Saldanha *et. al.*, 2013; Tonetto & Gomes, 2007; Waisberg *et. al.*, 2008) conflitos que são gerados devido à busca, das demais áreas da saúde, por resultados concretos do tratamento realizado pelo psicólogo, sem compreenderem o funcionamento e o olhar desta ciência para o seu objeto de estudo.

Neste sentido, os participantes explicaram que, a partir da construção de uma relação grupal apropriada com a equipe e através da participação nas reuniões semanais, puderam ter maior disponibilidade para expressar seus conhecimentos, descrever os trabalhos realizados e suas perspectivas para o cuidado. O psicólogo que atua em instituições como o hospital, proporciona à equipe um olhar sistêmico em momentos como as reuniões, e facilita uma flexibilização dos recursos disponíveis dos profissionais para compreender e agir em relação às demandas dos pacientes de modo mais amplo (Maldonado & Canella, 2003). Torna-se uma oportunidade para o psicólogo hospitalar mostrar às demais especialidades seu papel para que entendam sua importância neste contexto.

As reuniões de equipe e a presença diária foram cruciais para possibilitar a aproximação entre os participantes desta pesquisa e os demais profissionais, em vista de construir uma relação de reciprocidade e partilha de responsabilidades. No momento em que este nível de relação é alcançado com uma ou outra especialidade

ou com a equipe toda, os participantes percebem que as atitudes para com eles, com as demandas ou com os cuidados psicológicos também mudam. Os demais profissionais passam a valorizar suas presenças e participações, e expressam sua valorização ao solicitarem avaliações e suporte psicológicos e ao considerarem suas contribuições, suas análises sobre os casos e suas propostas de manejo das relações com os pacientes e com seus familiares em determinadas situações que exijam sensibilidade e acolhimento.

6) Cuidar de si mesmo como oportunidade de crescimento pessoal

Ao narrarem suas experiências, os participantes deixaram transparecer preocupação diante das relações estabelecidas na equipe, dos obstáculos enfrentados no cotidiano do hospital, e de como necessitam constantemente cuidar, também, de si mesmos. Para que seja possível estarem dispostos a auxiliar os demais em suas necessidades e estarem presentes e íntegros em todas as relações, os psicólogos precisam olhar para si mesmos, enquanto pessoas e profissionais, de modo a se prepararem para as novas situações e demandas que os desafiam.

Anteriormente, discorreu-se a respeito da sobrecarga advinda das múltiplas atividades a serem exercidas pelo psicólogo hospitalar que contribui para dificultar a realização adequada das mesmas. Uma das funções do psicólogo é lidar com conflitos psicológicos que se desenvolvem nas interações entre profissionais, membros das equipes, pacientes e familiares que demandam uma escuta qualificada.

No caso de uma mediação entre a equipe e o paciente, os participantes ressaltam a preocupação em se manterem o máximo possível em uma posição de neutralidade, pois seu papel não é posicionar-se a favor ou contrário a um ou outro, nem assumir para si as demandas emocionais de outros. Para tanto, é necessário que o psicólogo tenha claro para si mesmo esta característica peculiar de seu trabalho. A

sua preparação psicológica é essencial para que atue de maneira segura e imparcial, pois também estão presentes questões particulares como: suas próprias emoções, o enfrentamento das limitações e obstáculos presentes no contexto de atuação, a espera por uma valorização – nem sempre obtida – e as questões individuais presentes na vida de todos os indivíduos.

Assim como todos os demais profissionais, os participantes também sentem necessidade de poder ter um momento para relaxar da tensão do trabalho. No entanto, atentam-se para não se descuidarem de suas atribuições profissionais para que sua individualidade não seja confundida com o posicionamento tomado quando atuando como psicólogo. Por isso, ressaltam a importância de terem contato com colegas psicólogos próximos, no mesmo hospital, para discutirem mais a fundo os casos e poderem expressar suas angústias. Do contrário, o trabalho pode vir a se tornar muito solitário.

Foi possível compreender que os participantes experienciaram, ao longo dos anos de trabalho na área hospitalar, diversos tipos de adversidades em diferentes contextos de suas atuações. Os momentos vividos rememorados e as diferenças nas formas como os participantes os significam e os interpretam, possibilitaram perceber que houve um processo de crescimento pessoal e profissional em cada um que, segundo Rogers (1987), representa o processo de tendência à auto atualização. A compreensão de como se dá o processo de crescimento psicológico, na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, considera que existe uma tendência inata que impele o ser humano a se tornar mais complexo e amadurecido a despeito das circunstâncias que o cercam. A tendência à auto atualização corresponde a este conjunto de forças orgânicas que movimentam o indivíduo em direção ao seu crescimento e que podem ser potencializadas quando sob condições físicas e

psicológicas facilitadoras, saudáveis e favoráveis (Rogers & Wood, 2008). De acordo com os mesmos autores, esta tendência, presente em todas as pessoas, direciona o organismo a entrar em contato com suas atitudes, sentimentos e emoções de modo a explorá-los, genuinamente, no seu próprio ritmo e com suas próprias simbolizações.

À medida que os participantes retomavam suas vivências passadas e atuais, conseguiram estabelecer breves comparações em relação ao que neles mudou e o que, hoje, conseguem compreender sobre suas trajetórias profissionais. O fato de todos serem psicólogos atuando no cuidado direto à saúde, pode vir a justificar a preocupação e intensidade em cuidar e analisar a si próprios com o intuito de promover o autoconhecimento e o crescimento pessoal.

Isto favorece aos participantes a terem maior flexibilidade pessoal e psicológica para lidar com as adversidades e obstáculos que, inevitavelmente, estão presentes no contexto em que atuam. Tornam-se mais munidos, psicológica e emocionalmente, de recursos internos para enfrentar tais barreiras, e para agir de modo mais criativo.

Concluindo, pode-se afirmar que os elementos essenciais da estrutura do fenômeno em foco nesta pesquisa são indissociáveis e interdependentes. Observa-se que eles estão conectados entre si a partir das condições prévias necessárias para que o elemento seguinte possa existir por si próprio.

O diálogo e a reflexão realizados entre os elementos essenciais estruturantes do fenômeno estudado à luz de alguns autores e de suas pesquisas, oferecem novas compreensões sobre o relacionamento estabelecido entre psicólogos e as equipes multidisciplinares em contextos hospitalares. Esta forma diferenciada de olhar o fenômeno a partir de uma relação intersubjetiva, possibilitou apresentá-lo de modo a abranger diversas facetas que o constituem, privilegiando as vivências dos participantes.

Considerações Finais

Pesquisas sobre a atuação da Psicologia em instituições hospitalares promovem novos conhecimentos sobre as práticas psicológicas nestes contextos, e disseminam o reconhecimento da importância da presença do psicólogo como membro de equipes multi ou interdisciplinares. O contexto hospitalar corresponde a um campo de atuação relativamente recente para o psicólogo enquanto profissional e pesquisador. Assim, os profissionais de outras especialidades que tradicionalmente exercem suas atividades na atenção biopsicossocial à saúde em hospital, tais como médicos e enfermeiros, possuem uma certa dificuldade em discriminar as funções a serem exercidas pelo psicólogo nas equipes. Portanto, as dificuldades presentes no trabalho realizado pelo psicólogo hospitalar, assim como a compreensão das demais especialidades a respeito da atuação deste profissional, são temas que precisam ser continuamente pesquisados para que se possa analisar novas propostas de atuação e sistematizar as atividades que podem ser exercidas em conjunto por uma equipe multidisciplinar.

Esta pesquisa buscou elucidar o olhar dos próprios psicólogos sobre esta realidade, em especial no que se refere ao relacionamento deles com os demais profissionais que compõem as equipes multidisciplinares. A perspectiva fenomenológica possibilitou entrar em contato com os participantes enquanto sujeitos de suas vivências, e o contato entre a pesquisadora com cada um dos participantes foi pautado por uma atitude de abertura e de empatia em relação ao modo como foram atualizando suas vivências. Os encontros dialógicos foram significativos devido às particularidades da experiência vivida pelos psicólogos que puderam vir à tona de maneira espontânea. Estes encontros possibilitaram aos participantes o compartilhamento de ideias, sentimentos e percepções sobre o tema da pesquisa de

maneira expressiva por meio de imagens, relatos de situações vividas e exemplos ilustrativos. Os anseios de que possam efetivamente contribuir para que as equipes sejam mais eficientes e eficazes, permearam os depoimentos dos participantes.

A questão norteadora e ampla com a qual a pesquisadora iniciou os encontros, permitiu que os psicólogos narrassem suas trajetórias sem sentirem a necessidade de descrever as funções do psicólogo hospitalar, mas sim, as maneiras encontradas por eles, individualmente, de contornar as dificuldades e desenvolver novas modalidades de atendimento no cuidado aos pacientes e seus familiares, assim como novas formas de relacionamento com os diversos membros das equipes. Os participantes foram bastante incisivos sobre a importância da existência de uma relação bem construída e sedimentada na confiança mútua entre todos os membros da equipe multidisciplinar. Descreveram, com clareza, as reverberações de uma relação bem estabelecida e de seu oposto na atuação junto ao paciente, aos familiares, às demandas da equipe e ao sentimento de valorização do próprio psicólogo.

Conseqüentemente, a atuação junto a uma equipe multidisciplinar que compreende a presença do psicólogo hospitalar como um profissional que a qualifica, proporciona aos pacientes um atendimento mais coeso, melhor analisado e melhor compartilhado ao refletir a abertura de todos os profissionais para avaliações e sugestões mútuas entre as diversas especialidades. Para tanto, o psicólogo contribui de maneira específica ao sensibilizar os colegas para desenvolverem atitudes de empatia diante das demandas dos pacientes e de seus familiares, de forma a criar bons relacionamentos que certamente influirão benéficamente sobre os resultados do tratamento. Ao ter em vista a importância de que a própria equipe perceba e reconheça sua composição múltipla como sendo um elemento propiciador de

eficiência e eficácia nos atendimentos aos pacientes, justifica-se a relevância que os participantes deste estudo colocaram na busca incessante por transformar o trabalho em equipe, de modo a aproximar-se de um modelo de atuação interdisciplinar.

Os elementos que emergiram das vivências dos psicólogos que participaram desta pesquisa mostraram, também, a necessidade de estarem atentos a uma boa formação teórico-prática que os preparem para a inserção em equipes multidisciplinares no contexto hospitalar. Muitas vezes, a inexperiência e a falta de conhecimentos específicos destes profissionais contribuem para o não reconhecimento de sua participação pelos demais especialistas. Novos estudos que enfatizem os elementos significativos das vivências de psicólogos serão bem-vindos para aprimorar os diversos níveis de formação responsáveis pelo desenvolvimento de competências e habilidades para atuar na área da saúde, de modo a possibilitar uma ampliação desta participação.

Referências

- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à Fenomenologia* (1ª ed.). (Ir. J. T. Garcia & M. Mahfoud, Trad.). Bauru: Edusc.
- Ales Bello, A. (1939/2015). *Pessoa e comunidade: comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein* (1ª ed.). (M. Mahfoud & Ir. J. T. Garcia, Trad.). Belo Horizonte: Editora Artesã.
- Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a psicologia. *Memorandum*, 13, 08-15. Acessado em: <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a13/amatuzzi05-pdf/>
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (1), 93-100. doi: 10.1590/S0103-166X2009000100010.
- Amatuzzi, M. M. (2012). *Rogers: ética humanista e psicoterapia* (2ª ed.). Campinas: Editora Alínea.
- Angerami-Camon, V. A. (2003). O Psicólogo no Hospital. In: V. A. Angerami-Camon, F. A. R. Trucharte, R. B. Knijnik, & R. W. Sebastiani (Orgs.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (6ª ed., Cap. 1, pp. 15-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Azevêdo, A. V. S. & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33 (4), 573-585. doi: 10.1590/1982-02752016000400002
- Barreto, S. M. & Castro, E. K. (2015). Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35 (1), 69-82. doi: 10.1590/1982-3703000202013

- Benjamin, W. (1987). *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política* (3ª ed.). (S. P. Rounet, Trad.). São Paulo: Brasiliense. (Obra original publicada em 1985).
- Brito-Silva, K., Bezerra, A. F. B., & Tanaka, O. Y. (2012). Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Comunicação Saúde Educação*, 16 (40), 249-259. doi: 10.1590/S1414-32832012005000014.
- Chalmers, A. F. (1993). *O que é ciência afinal?* (2ª ed.). (R. Filker, Trad.). São Paulo: Editora Brasiliense. (Obra original publicada em 1976).
- Chiararia, D. O. (2015). *Inserção da psicologia no contexto hospitalar sob a ótica do matriciamento*. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Aprimoramento Profissional/SES-Fundap em Psicologia Hospitalar, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil. Acessado em: <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5680>
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). Resolução CFP nº 013/2007. Acessado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). A formação de psicólogas e psicólogos: respondendo às demandas da sociedade brasileira. Acessado em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Documeto-do-CFP-sobre-a-Forma%C3%A7%C3%A3o-de-Psic%C3%B3logas-e-Psicologos.pdf>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2ª ed.). (L. O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2003).

- DeCastro, T. G. & Gomes, W. B. (2011). Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28 (2), 153-161. doi: 10.1590/S0103-166X2011000200003
- Dutra, E. (2002). A narrativa como técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 371-378. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200018
- Feriotti, M. L. (2009). Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo – Revista do NESME*, 2 (6), 113-219. Acessado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007
- Finlay, L. (2009). Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 3 (1), 6-35. Acessado em: <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/pandpr/article/view/19818/15336>
- Flick, U. (2009). *Desenho de pesquisa qualitativa* (1ª ed.). (Coleção Pesquisa Qualitativa). (R. C. Costa, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2008).
- Giacomozzi, A. I. (2012). A inserção do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família e a transição de paradigma em saúde. *PSICO (PUCRS)*, 43 (3), 298-308. Acessado em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/7212/8230>
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos* (1ª ed.). (Coleção Pesquisa Qualitativa). (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2008).
- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis*, 21 (1), 3-23. Acessado em:

<http://www.umpalangkaraya.ac.id/perpustakaan/digilib/files/disk1/20/123-dfadf-amedeogior-967-1-contents-r.pdf>

Husserl, E. (2002). *A crise da humanidade europeia e a filosofia*. (2ª ed.). (Coleção Filosofia). (U. Zilles, Introd. e Trad.). Porto Alegre: EDIPUCRS. (Obra original publicada em 1996).

Japiassú, H. (2008). *Introdução à epistemologia da psicologia* (6ª ed). São Paulo: Editoras Letras & Letras.

Kirchner, L. F., Granzotto, M. D., & Menegatti, C. L. (2012). Concepções da equipe de saúde de um hospital de Curitiba/Paraná sobre a prática de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia (Londrina)*, 3 (1), 24-40. doi: 10.5433/2236-6407.2012v3n1p24.

Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962 (1962). Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF. Acessado em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá novas providências. Brasília, DF. Acessado em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>

Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 (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. Brasília, DF. Acessado em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf

- Mahfoud, M. & Massimi, M. (2008). A pessoa como sujeito da experiência: contribuições da fenomenologia. *Memorandum*, 14, 52-61. Acessado em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a14/mahfoudmassimi02.pdf>
- Mahfoud, M. & Massimi, M. (Orgs.). (2013). *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa* (1ª ed.). Belo Horizonte: Artesã Editora.
- Maldonado, M. T. & Canella, P. (2003). A função do psicólogo na equipe de saúde. In: M. T. Maldonado & P. Canella, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde – a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais* (1ª ed., Cap. 29, pp. 221-242) Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.
- Melo, C. B. (2015). História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In: L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Orgs.). *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (1ª ed., Cap. 1, pp. 19-32). Belo Horizonte: Artesã.
- Ministério da Educação. (2002). Parecer CNE/CSE nº 072/2002. Retificação do Parecer CNE/CSE de 1.314/2001 relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Diário da União, Brasília, 20 de fevereiro de 2002. Acessado em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0072.pdf>
- Ministério da Educação. (2011). Resolução CNE/CES nº 05/2011. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011, Seção 1, p. 19. Acessado em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/rces005_11%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/rces005_11%20(1).pdf)
- Miranda, E. M. F., Lima, J. J. S., & Santos, L. C. (2015) Psicologia hospitalar e normatizações: regulamentações na prática profissional e registro em prontuário. In: L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Orgs.).

- Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (1ª ed., Cap. 3, pp. 67-88). Belo Horizonte: Artesã.
- Morais, J. L., Castro, E. S. A., & Souza, A. M. (2012). A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*, 18 (3), 389-401. Acessado em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v18n3/v18n3a04.pdf>
- Nogueira-Martins, L. A. (2012). Saúde mental dos profissionais da saúde. In: N. J. Botega (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (3ª ed., Cap. 7, pp. 98-112). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, G. G., & Prebianchi, H. B. (2011). Caracterização do psicólogo em um contexto hospitalar. *Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas*, Campinas, SP, Brasil. Acessado em: https://wl.sis.puc-campinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2011/resumos/2011830_14591_6_494403444_resESU.pdf
- Oliveira, E. R. A., Fiorin, B. H., Lopes, L. J., Gomes, M. J., Coelho, S. O., & Morra, J. S. (2011). Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13 (4), 28-34. Acessado em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/2996/2370>
- Ramos, M. T. (2012). *Plantão psicológico em instituições de longa permanência para idosos: um estudo fenomenológico*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Acessado em: <http://tede.bibliotecadigital.puc->

campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/288/1/Maisa%20Tordin%20Ramos.pdf

Ramos, M. T. & Cury, V. E. (2008). A narrativa como estratégia de pesquisa em estudos sobre práticas psicológicas clínicas em instituições. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas*, Campinas, SP, Brasil.

Acessado em: <https://wl.sis.puc-campinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2008/resumos/Resumo/%7B1E2B3911-8697-404D-9109-E92639D8BC64%7D.pdf>

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, and development in the client-centered framework. In: S. Koch (Org.). *Psychology: a study of a Science: formulations of the person and the social context* (1ª ed., vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1976). *Grupo de encontro*. (4ª ed.). (J. L. Proença, Trad.). Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1970).

Rogers, C. R. (1987). *Um jeito de ser* (4ª ed.). (M. C. M. Kupfer, H. Lebrão, & Y. S. Patto, Trad.). São Paulo: E.P.U. (Obra original publicada em 1980).

Rogers, C. R. & Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. (2ª ed., vol. 1). (M. L. Bizzotto, Trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Obra original publicada em 1962).

Rogers, C. R. & Wood, J. K. (2008). *A abordagem centrada na pessoa* (4ª ed.). (J. R., Doxsey et. al., Orgs.). Vitória: EDUFES.

Saldanha, S. V., Rosa, A. B., & Cruz, L. R. (2013). O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Revista SBPH*, 16 (1), 185-198.

Acessado em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011

Santos, F. A. F. (2008). Práticas atuais em instituições públicas: o psicólogo no hospital geral. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 16 (1), 16-20. doi: [10.15603/2176-1019/mud.v16n1p16-20](https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v16n1p16-20)

Santos, F. M. S., & Jacó-Vilela, A. M. (2009). O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paideia*, 19 (43), 189-197. doi: 10.1590/S0103-863X2009000200007

Simonetti, A. (2013). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (7ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, R. R. (2007). Políticas e práticas de saúde e equidade. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (esp), 765-770. Acessado em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf>

Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24 (1), 89-98. Acessado em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a10.pdf>

Torezan, Z. F., Calheiros, T. C., Mandelli, J. P., & Stumpf, V. M. (2013). A graduação em psicologia prepara para o trabalho no hospital?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (1), 132-145. doi: 10.1590/S1414-98932013000100011

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39 (5), 507-14. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025

Waisberg, A. D., Veronez, F. S., Tavano, L. A., & Pimentel, M. C. (2008). A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, 6 (1), 52-65. Acessado em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100005

Anexos

Anexo 1 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência de psicólogos inseridos na equipe multidisciplinar de um hospital geral

Pesquisador: Thaís Gazotti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50606715.2.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.365.235

Apresentação do Projeto:

"Esta pesquisa visa ampliar o conhecimento a respeito da experiência vivida por psicólogos ao estarem inseridos no contexto hospitalar ... em equipes multidisciplinares. É uma pesquisa qualitativa exploratória fenomenológica (estudo comparativo dos fenômenos), a ser realizada por meio de entrevistas individuais de 10 psicólogos que estejam inseridos nas atividades realizadas junto à equipe multidisciplinar em contexto hospitalar. Após cada entrevista os dados serão transformados em narrativas a serem analisados com o referencial fenomenológico husserliano. "A primeira versão de cada narrativa será reelaborada a partir da discussão com os membros do Grupo de Pesquisa institucional e, também, de novas impressões da própria pesquisadora. Após concluir a construção de todas as narrativas individuais, a pesquisadora construirá uma narrativa síntese a conter os principais elementos que emergiram dos encontros com os participantes num movimento de interpretação com o intuito de comunicar os significados da experiência em foco." Como resultado será possível ... "Ampliar os conhecimentos a respeito da atuação dos psicólogos como membros da equipe no contexto hospitalar, e contribuir para a formação destes profissionais em equipes multidisciplinares." Critério de Inclusão: "Ser psicólogo contratado pela instituição escolhida para esta pesquisa e que esteja inserido nas atividades realizadas junto à equipe multidisciplinar em contexto hospitalar". Critério de Exclusão: "Não ser psicólogo"

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.365.235

contratado pela instituição escolhida para esta pesquisa em contexto hospitalar e não realizar atividades junto à equipe multidisciplinar e recusar participar desta pesquisa.”

Objetivo da Pesquisa:

“Esta pesquisa visa compreender a experiência dos psicólogos em contexto hospitalar, em relação à participação em atividades enquanto membro da equipe multidisciplinar em um hospital geral.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: “Em princípio, esta pesquisa traz um risco, apesar de mínimo, aos participantes, pois os temas abordados podem reviver lembranças ou emoções pessoais que possam não ser agradáveis. Caso o participante venha a se sentir desconfortável ou com qualquer mal-estar psicológico decorrente da participação nesta pesquisa, haverá um espaço para a discussão de tais questões durante o próprio encontro com a pesquisadora. Se o participante e/ou a pesquisadora vierem a considerar que este espaço não foi o suficiente para a elaboração dos elementos que lhe causaram mal-estar, será viabilizado acompanhamento psicológico de acordo com a demanda apresentada.”

Benefícios: “O encontro dos participantes com a pesquisadora possibilitará um momento de reflexão e diálogo a respeito da atuação e papel do psicólogo no contexto hospitalar em relação às atividades realizadas enquanto membro da equipe multidisciplinar, de modo que olhem para o papel deste profissional e a maneira como a relação com a equipe tem sido estabelecida. Tais aspectos podem favorecer com o aprimoramento da formação e da especialização do psicólogo ao usufruir dos dados finais apresentados a partir desses encontros.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto está em conformidade com as solicitações.

O documento de Autorização da instituição está em conformidade com as solicitações.

O TCLE apresenta uma questão norteadora “gostaria que me contasse sobre a sua experiência ao participar de uma equipe multidisciplinar num hospital.” que é um pouco diferente da questão norteadora do Projeto Detalhado e do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO: “gostaria de saber, como é a sua experiência junto à equipe multidisciplinar?”.

Recomendações:

Utilizar a questão norteadora do TCLE no Projeto Detalhado e no PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136	
Bairro: Parque das Universidades	CEP: 13.086-900
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777	Fax: (19)3343-6777
	E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.365.235

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579147.pdf	04/12/2015 11:55:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Instituicao_CEP2015_final.pdf	04/12/2015 11:53:25	Thais Gazotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP2015_final.doc	04/12/2015 11:50:46	Thais Gazotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP2015_FINAL.doc	04/12/2015 11:50:06	Thais Gazotti	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_Resposta_CEP.docx	04/12/2015 11:49:44	Thais Gazotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_CEP2015.pdf	21/10/2015 20:26:10	Thais Gazotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP2015.doc	12/10/2015 15:18:23	Thais Gazotti	Aceito
Orçamento	Orcamento_CEP2015.docx	12/10/2015 15:16:42	Thais Gazotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP2015.docx	12/10/2015 14:40:54	Thais Gazotti	Aceito

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.086-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.365.235

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Instituicao_CEP2015.pdf	12/10/2015 14:40:06	Thais Gazotti	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP2015.docx	12/10/2015 14:39:11	Thais Gazotti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 14 de Dezembro de 2015

**Assinado por:
David Bianchini
(Coordenador)**

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa para a qual você é convidado a participar está sob responsabilidade da psicóloga Thaís de Castro Gazotti, aluna do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Intitula-se **“A experiência de psicólogos inseridos na equipe multidisciplinar de um hospital geral”** e objetiva compreender como os psicólogos vivenciam sua participação como membros de uma equipe multidisciplinar no contexto de um hospital geral. Com esta pesquisa espera-se ampliar os conhecimentos a respeito da atuação dos psicólogos em equipes hospitalares e contribuir para a formação destes profissionais.

Os participantes serão convidados para um encontro individual com a pesquisadora em data e local previamente combinados com cada um. Tais encontros serão iniciados pela seguinte questão norteadora: “gostaria que me contasse sobre a sua experiência ao participar de uma equipe multidisciplinar no hospital”. Os encontros não serão áudio gravados, pois a pesquisadora escreverá narrativas logo após cada encontro como estratégia metodológica. Deste modo, a sua forma de participação se dará por meio de um encontro previamente agendado e autorizado mediante a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que trechos do seu relato possam ser utilizados na elaboração das narrativas.

Todos os dados fornecidos serão tratados com total confidencialidade pela pesquisadora, a preservar o sigilo em relação a sua identificação e, também, a da instituição onde realiza suas atividades. Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, de modo a não haver custo ou remuneração alguma pela mesma. Caso

aceite, saiba que você é totalmente livre para abandonar esta pesquisa a qualquer momento; da mesma forma, poderá solicitar que seja retirada qualquer contribuição que você tenha prestado.

Como em toda pesquisa realizada com participação de seres humanos, estão presentes riscos, mesmo que mínimos, e benefícios. Os temas abordados durante o encontro com a pesquisadora podem reavivar lembranças ou emoções pessoais que lhe sejam desagradáveis. Caso você venha a se sentir desconfortável ou com qualquer mal-estar psicológico decorrente da participação nesta pesquisa, haverá a possibilidade de conversar sobre isto durante o próprio encontro com a pesquisadora. Se você e/ou a pesquisadora vierem a considerar que este momento não foi suficiente para a elaboração dos elementos que lhe causaram mal-estar, será viabilizado acompanhamento psicológico de acordo com a demanda apresentada.

Portanto, para participar você deverá assinar e datar este Termo de Consentimento, do qual uma cópia será fornecida a você. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, de modo que pode ser acionado para esclarecimento de questões de ordem ética através do endereço, telefones e e-mail para contato: Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades, Campinas, SP – CEP 13086-900. Telefone/fax: (019) 3343-6777. E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br.

A pesquisadora agradece a sua colaboração e coloca-se à disposição para esclarecimentos durante a sua participação na pesquisa. Após ela ter se encerrado, pode entrar em contato com a psicóloga pesquisadora, Thaís de Castro Gazotti, através do telefone: (019) 9-9663-2930 e e-mail: thaisgazotti@yahoo.com.

Thaís de Castro Gazotti

Psicóloga mestranda

CRP 06/124066 – RA 15382856

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____, declaro ser maior de 18 anos, ter sido informado(a) e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa. Livremente concordo em participar voluntariamente da pesquisa “A experiência de psicólogos inseridos na equipe multidisciplinar de um hospital geral”, sob responsabilidade da psicóloga Thaís de Castro Gazotti. Fui devidamente informado de que a minha participação constituirá em um encontro dialógico com a pesquisadora a respeito de minha experiência diante do tema de pesquisa, de modo que o conteúdo gerado será utilizado apenas para fins de análise e publicação científica. Tenho conhecimento de que será mantido sigilo sobre minha identidade pessoal e quaisquer dados que possibilitem minha identificação, bem como poderei retirar minha autorização para participação na pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Tenho ciência dos riscos e benefícios envolvidos na pesquisa.

Data: ____/____/____

Telefone:() _____

Assinatura: _____