



INTERLOCUÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

ORGANIZADORAS:

MARILUZA SOTT BENDER

SUELEN MACHADO DE FREITAS

Organizadoras

Mariluz Sott Bender

Suelen Machado de Freitas

Interlocuções entre a teoria e prática no contexto hospitalar



1ª Edição
Foz do Iguaçu
2023

© 2023, CLAEC

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 5988 de 14/12/73. Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito da editora, poderá ser reproduzida ou transmitida para fins comerciais, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros. Aplica-se subsidiariamente a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Diagramação: Valéria Lago Luzardo

Capa: Gloriana Solís Alpizar

Revisão: As organizadoras

ISBN 978-65-89284-49-9

DOI: 10.23899/9786589284499

Disponível em: <https://publicar.claec.org/index.php/editora/catalog/book/110>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Interlocuções entre a teoria e prática no contexto hospitalar
[livro eletrônico] / organização Mariluza Sott Bender, Suelen
Machado de Freitas. – Foz do Iguaçu, PR: CLAEC e-Books,
2023. PDF.

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-89284-49-9

1. Saúde. 2. Hospital. 3. Multiprofissional. I. Bender, Mariluza
Sott. II. Freitas, Suelen Machado de.

CDD: 610

Os textos contidos neste e-book são de responsabilidade exclusiva de seus respectivos autores e autoras, incluindo a adequação técnica e linguística.

Centro Latino-Americano de Estudos em Cultura – CLAEC
Diretoria Executiva

Me. Bruno César Alves Marcelino
Diretor-Presidente

Dra. Danielle Ferreira Medeiro da Silva de Araújo
Diretora Vice-Presidente

Dra. Cristiane Dambrós
Diretora Vice-Presidente

Dr. Lucas da Silva Martinez
Diretor Vice-Presidente

Editora CLAEC

Me. Bruno César Alves Marcelino
Editor-Chefe

Dra. Danielle Ferreira Medeiro da Silva de
Araújo
Editora-Assistente

Dr. Lucas da Silva Martinez
Editor-Chefe Adjunto

Bela. Valéria Lago Luzardo
Editora-Assistente

Conselho Editorial

Dra. Ahtziri Erendira Molina Roldán
Universidad Veracruzana, México

Dra. Marie Laure Geoffray
Université Sorbonne Nouvelle – Paris III, França

Dra. Denise Rosana da Silva Moraes
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Dra. Ludmila de Lima Brandão
Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil

Dr. Djalma Thürler
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Dr. Marco Antonio Chávez Aguayo
Universidad de Guadalajara, México

Dr. Daniel Levine
University of Michigan, Estados Unidos

Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Dr. Fabricio Pereira da Silva
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Dra. Sandra Catalina Valdettaro
Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Dr. Francisco Xavier Freire Rodrigues
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Dra. Susana Dominzaín
Universidad de la República, Uruguai

Dra. Isabel Cristina Chaves Lopes
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Dra. Suzana Ferreira Paulino
Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil

Dr. José Serafim Bertoloto
Universidade de Cuiabá, Brasil

Dr. Wilson Enrique Araque Jaramillo
Universidad Andina Simón Bolívar, Equador

Sumário

Apresentação	5
Segurança do paciente psiquiátrico no contexto hospitalar	7
<i>Mariluz Sott Bender, Kethllen Stephanie Beranger, Suelen Machado de Freitas</i> DOI: 10.23899/9786589284499.1	
Inteligências artificiais e o cuidado médico ao paciente	14
<i>Mariluz Sott Bender, Kethllen Stephanie Beranger</i> DOI: 10.23899/9786589284499.2	
Saúde Hospitalar no contexto da pandemia: as “tias” do setor de limpeza de um hospital no Rio de Janeiro	21
<i>Elissa Paiva Alexandre Ferreira de Lucas</i> DOI: 10.23899/9786589284499.3	
Os desafios da psicologia no contexto hospitalar: uma revisão teórica	35
<i>Mariluz Sott Bender, Suelen Machado de Freitas, Camila da Silva Estrázulas</i> DOI: 10.23899/9786589284499.4	
A Gestalt-terapia no contexto hospitalar: o ajustamento criativo no viés do processo de saúde e doença	43
<i>Suelen Machado de Freitas, Georgia Betinardi, Maria Luisa de Macedo, Mariluz Sott Bender</i> DOI: 10.23899/9786589284499.5	

Apresentação

A obra ‘Interloquções entre a teoria e prática no contexto hospitalar’ reflete sobre o cenário hospitalar e os distintos saberes e fazeres que o compõem. Composta por cinco estudos realizados por pesquisadoras brasileiras, oferece um olhar ampliado sobre a diversidade de fatores que compõem o hospital, indo muito além dos processos de saúde e doença e apontando os desafios antevistos neste contexto.

No primeiro capítulo, que leva o título de ‘Segurança do paciente psiquiátrico no contexto hospitalar’, as autoras Mariluz Sott Bender, Kethllen Stephanie Beranger e Suelen Machado de Freitas discutem as estratégias utilizadas para a segurança do paciente psiquiátrico no contexto do hospital geral. Assim, são apontadas as particularidades dos pacientes psiquiátricos e a importância da correta identificação para melhorar a sua segurança.

Visando abordar as interfaces entre a inteligência artificial e o cuidado médico, Mariluz Sott Bender e Kethllen Stephanie Beranger escreveram o capítulo ‘Inteligências artificiais e o cuidado médico ao paciente’. As autoras concluíram que as tecnologias digitais possuem um relevante papel no diagnóstico das doenças e podem minimizar o erro humano. Contudo, destacam a importância da comunicação entre o paciente e o profissional da saúde, o que não pode ser substituído pela inteligência artificial.

No terceiro capítulo, intitulado ‘Saúde Hospitalar no contexto da pandemia: as “tias” do setor de limpeza de um hospital no Rio de Janeiro’, Elissa Paiva Alexandre Ferreira de Lucas discute os motivos que levam as pessoas a chamarem as trabalhadoras da limpeza de “tias”. A autora apresenta questões de gênero que explicam a tendência à contratação de mulheres para a ocupação destes cargos, e discute a rigorosidade do trabalho para a assepsia do ambiente hospitalar.

Objetivando discutir a inserção do psicólogo no hospital e as dificuldades enfrentadas para o fazer psicológico, Mariluz Sott Bender, Suelen Machado de Freitas, Camila da Silva Estrázulas dão vida ao quarto capítulo ‘Os desafios da psicologia no contexto hospitalar: uma revisão teórica’. As autoras destacam a potencialidade da Psicologia Hospitalar para contribuir para a recuperação da saúde e a prevenção de agravos em saúde mental dos pacientes internados no hospital e os empecilhos em cada unidade que compõem estas instituições de saúde.

Em ‘A Gestalt-terapia no contexto hospitalar: o ajustamento criativo no viés do processo de saúde e doença’, Suelen Machado de Freitas, Georgia Betinardi, Maria Luisa

de Macedo e Mariluz Sott Bender assumem como objetivo identificar as contribuições gestálticas e colaborar para o aprimoramento do atendimento psicológico no contexto hospitalar. Assim, apresentam a evolução da práxis do psicólogo hospitalar, com foco na Gestalt-Terapia como linha teórica norteadora das condutas, e no ajustamento criativo da pessoa frente ao processo de saúde e doença.

Nessa perspectiva, cada capítulo é um convite à reflexão e ao diálogo crítico. Espera-se que estes escritos possam estimular novos debates e novas pesquisas, a fim de contribuir para a formação de profissionais cada vez mais capacitados e com o olhar ampliado sobre todas as facetas que compõem o complexo contexto hospitalar. Fica o convite à leitura.

Segurança do paciente psiquiátrico no contexto hospitalar

Mariluz Sott Bender*

Kethllen Stephanie Beranger**

Suelen Machado de Freitas***

Introdução

Apesar das instituições e serviços de saúde preconizarem a ausência ou existência de riscos mínimos para a segurança dos seus pacientes, os profissionais de saúde são seres humanos e, como tal, estão sujeitos a cometer falhas na assistência, sendo que estas podem acarretar problemas adversos aos indivíduos (Araújo *et al.*, 2017).

Os danos aos pacientes tendem a ocorrer com maior frequência nos ambientes hospitalares devido à complexidade dos tratamentos e procedimentos oferecidos. Assim, a proteção do paciente é um assunto que vem ganhando maiores discussões na extensão mundial. As instituições têm investido em ações que diminuam os erros e ampliem o número de práticas seguras e com qualidade assistencial aos pacientes e aos profissionais de saúde (Toso *et al.*, 2016).

A preocupação com a segurança do paciente foi reiterada no relatório 'Errar é humano', criado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, onde conseguiu-se avaliar a ocorrência anual de mortes de pacientes hospitalizados causados por erros relacionados à assistência à saúde, ou seja, que poderiam ser prevenidos (Silva *et al.*, 2022). A segurança do paciente é determinada pela diminuição dos riscos durante os cuidados de saúde e a aplicação de práticas que obtenham melhores resultados ao paciente (Tondo; Guirardello, 2017).

* Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestre em Psicologia. Mestre em Desenvolvimento Regional. Psicóloga. E-mail: mariluzabender@unisc.br

** Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Biomédica. E-mail: beranger@mx2.unisc.br

*** Psicóloga Hospitalar. Especialista em psicologia hospitalar e saúde (CRP/RS). Preceptora do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC. E-mail: suelenfreitas@unisc.br

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013, com o intuito de viabilizar a atenção segura e livre de incidentes que possam trazer malefícios à saúde do indivíduo (Toso *et al.*, 2016). O PNSP tem como objetivos principais implantar e organizar ações para diminuir os riscos nos estabelecimentos de saúde, como os Núcleos de Segurança do Paciente, com envolvimento dos familiares e pacientes, sistematizando e produzindo conhecimento de forma ampla e com acesso às informações (Brasil, 2014).

Geralmente, as estratégias utilizadas para a segurança do paciente são as mesmas, contudo, chama-se a atenção para as particularidades dos pacientes que chegam aos hospitais gerais, mais especificamente os que apresentam demandas psiquiátricas e comportamento suicida, que inclui a ideação suicida e as tentativas de suicídio. Estes pacientes apresentam particularidades que requerem cuidados extras (Briner; Manser, 2013).

Assim, a implementação de medidas para melhoria da segurança destes pacientes é fundamental. Contudo, muitos hospitais gerais não possuem estruturas físicas adequadas e nem mesmo profissionais capacitados ou em quantidade suficiente para a intervenção efetiva com estes pacientes (Vantil *et al.*, 2020). Portanto, é fundamental discutir quais são as particularidades destes pacientes que os deixam em menores condições de segurança e como identificar esse paciente de forma correta, para que a ação profissional seja mais efetiva e rápida em caso de necessidade. Nessa perspectiva, tomou-se como objetivo discutir as estratégias utilizadas para a segurança do paciente psiquiátrico no contexto do hospital geral.

Método

Para alcançar o objetivo do estudo, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, que permite a escolha dos estudos de acordo com os objetivos do mesmo, mas sem estabelecer critérios a priori. As buscas foram realizadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Google Acadêmico e na PubMed. Os termos relevantes para a pesquisa foram buscados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), e foram: Sistemas de identificação de pacientes, segurança do paciente, hospitais, ideação suicida, tentativa de suicídio. Por se tratar de uma revisão narrativa, o estudo não necessitou passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os estudos utilizados foram escolhidos a partir do juízo crítico das autoras, sem estabelecimento de critérios a priori.

Resultados e discussão

O esforço para melhorar a segurança dos pacientes no contexto hospitalar é evidenciado nas crescentes publicações na área, contudo, no caso dos pacientes psiquiátricos com comportamento suicida, o cenário é pouco explorado (Oliveira *et al.*, 2014). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em torno de 703 mil pessoas morrem devido ao suicídio no mundo a cada ano, o que perfaz uma taxa de um suicídio a cada 40 segundos (OMS, 2021). Cerca de 90% desses indivíduos sofriam de algum transtorno mental, sendo que os mais comuns são os transtornos de humor (Hawton; Van Heeringen, 2009).

Muitas vezes, os pacientes com comportamento suicida necessitam ser internados em hospitais gerais ou psiquiátricos, e esta decisão deve estar baseada no perigo que o paciente pode representar para ele mesmo ou para os outros (Sakinofsky, 2014). O tratamento hospitalar tem como objetivo a estabilização do comportamento suicida, o trabalho psíquico relacionado à crise que gerou a hospitalização, e o preparo para o retorno do paciente ao contexto familiar (Siman *et al.*, 2019).

Devido o objetivo de proporcionar um cuidado integral no momento de crise, é fundamental analisar as formas de operacionalizar a segurança do paciente psiquiátrico nestes contextos (Wenceslau; Ortega, 2015). Nesse sentido, para a segurança do paciente psiquiátrico deve-se considerar a possibilidade de ocorrer situações de violência, auto e heteroagressão, comportamentos suicidas e auto destrutivos, além da possibilidade de diagnósticos errados devido às semelhanças entre diferentes transtornos, o que pode resultar em intervenções errôneas, como super medicação, quedas devido a medicação utilizada e medidas de contenção desnecessárias, com a consequente piora do quadro clínico (Mascherek; Schwappach, 2016).

Na pesquisa de Benensohn e Resnik (1973), os autores questionaram os pacientes de um hospital acerca das fragilidades estruturais que podiam ser utilizadas para o suicídio, e a maioria dos pacientes relataram terem explorado o local e revelaram pontos de vulnerabilidade que nem haviam sido pensadas pelos profissionais de saúde. Apesar dos números de suicídios de pacientes internados serem relativamente pequenos, é considerado clinicamente importante por chamar a atenção para a importância da segurança do paciente psiquiátrico hospitalizado (Bowers; Banda; Nijman, 2010).

Dessa forma, a segurança do paciente no contexto hospitalar é fundamental, cabendo à instituição e aos profissionais da saúde evitar os riscos e o acesso aos meios para a tentativa de suicídio (Sakinofsky, 2014). A segurança do paciente está relacionada

a gestão do risco, que busca identificar e mitigar os potenciais fatores de risco (Fernandes *et al.*, 2014), enfatizando o monitoramento das ações implementadas para melhorias institucionais através de ciclos de melhorias e planejamento a curto, médio e longo prazo (ANVISA, 2013). Contudo, as medidas preventivas a serem utilizadas no hospital não são consensuais, o que se deve, principalmente, à complexidade da avaliação do risco individual de suicídio (Chammas; Januel; Bouaziz, 2022).

Na pesquisa de Vantil *et al.* (2020, p. 4), identificou-se a importância da criação de protocolos específicos para a área da saúde mental, que evidenciem as particularidades destes pacientes e norteiem as condutas das diferentes áreas profissionais que estão implicadas com o paciente, além de seguir estabelecer e adaptar protocolos como de “Prevenção de Evasão; Identificação Correta do Paciente; Prevenção de Quedas; Prevenção de Lesão por Contenção Mecânica; Higienização das Mãos; Prescrição e Administração Corretas de Medicamento; e Prevenção de Violência”.

Nessa perspectiva, Chammas, Januel e Bouaziz (2022, tradução nossa) questionam “como podemos melhorar a identificação de pacientes em risco?” e “como saber quem, dentre os sujeitos em risco de suicídio, agirá?”. Desta forma, existem algumas estratégias que devem ser utilizadas para a maior segurança do paciente, como a correta identificação do mesmo. Essa ação é responsabilidade de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente, com o envolvimento do paciente e do familiar/acompanhante para a importância desta (Porto *et al.*, 2011).

Assim, a identificação correta é uma das metas da segurança do paciente e se torna essencial para a assistência segura e de qualidade, e pode incluir marcações no prontuário do paciente, o uso de pulseiras de identificação, placas de identificação no leito, entre outros. A finalidade da identificação do paciente é garantir maior segurança para a realização de tratamentos, procedimentos e intervenções, de acordo com a necessidade do paciente, contudo, este processo ainda enfrenta muitas falhas, como placas de identificação incompletas e ausência de pulseira de identificação, o que deixa o paciente vulnerável ao erro (Siman *et al.*, 2019).

No estudo de Blanco (2019), a autora defende a utilização de uma pulseira de identificação específica para identificação dos pacientes psiquiátricos em fase aguda, que, além das informações preconizadas pelo Ministério da Saúde, conterà informações visuais, como uma foto do paciente. Contudo, a impressão desta pulseira acarretaria a aquisição de uma impressora específica, que não está no orçamento da maioria das instituições.

Da mesma forma, a pesquisa de Berg *et al.* (2020) identificou que o reconhecimento do paciente como suicida nos períodos de deterioração suicida aguda produziu nestes o sentimento de segurança por serem reconhecidos pelos profissionais. Para os pacientes, a sensibilidade dos profissionais é compreendida como preocupação e consideração enquanto sujeito, vigilância quanto às suas mudanças no estado mental, linguagem corporal e instabilidade, como salvação da iminente tentativa de suicídio (Berg *et al.*, 2020).

Muitos pacientes referem sensação de descontrole frente aos impulsos, alucinações ou delírios que comandava para a tentativa de suicídio e, neste sentido, o controle externo permite a sensação de maior segurança. No controle externo são incluídas técnicas de contenção mecânica ou medicamentosa, exclusão de itens potencialmente perigosos (como cintos, fios, medicamentos), controle dos locais de movimentação e vigilância familiar e profissional constante. Estas são compreendidas como forma de substituir o não controle pelo autocontrole e pela regulação emocional (Berg *et al.*, 2020).

Conclusão

Por mais que a segurança do paciente no contexto hospitalar seja amplamente discutida e estudada, as informações relacionadas a identificação do paciente psiquiátrico no hospital geral ainda são incipientes. Contudo, chama-se a atenção ao fato de que não basta atender estes pacientes, é preciso garantir o atendimento integral e humanizado, que necessita compreender e respeitar suas particularidades. Isso requer a capacitação dos profissionais da, de e na saúde para a não estigmatização do paciente, e a reorganização dos processos de trabalho, principalmente no que tange a identificação correta do paciente psiquiátrico, que, ao circular pelas dependências do hospital, fica suscetível a situações de risco.

No caso dos pacientes com ideação ou com histórico de tentativa de suicídio, essa circulação e a falta de identificação adequada pode facilitar o acesso aos meios para a efetivação de uma tentativa de suicídio. Se esse paciente estiver utilizando uma pulseira de identificação que sinalize aos profissionais da saúde o risco a que este paciente está exposto, pode ocorrer a intervenção imediata e a redução ou afastamento do risco, garantindo a segurança do paciente.

Apesar de muitas instituições hospitalares utilizarem pulseiras de identificação específicas, outras instituições ainda consideram esse uso como uma forma de exposição e estigmatização do paciente. Contudo, quando o paciente não está em crise suicida e os meios de controle externo não estão mais presentes, a ideação suicida ainda

pode estar presente. Nesse momento, as pulseiras de identificação específicas para o paciente com comportamento suicida são de grande importância por permitirem que o paciente seja corretamente identificado pelos profissionais de saúde que o encontrem em qualquer local do hospital, permitindo uma abordagem mais rápida e eficaz em caso de risco de tentativa de suicídio ou evasão.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.**

Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: ANVISA; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 31 jul. 2023.

ARAÚJO, M. A. N., et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em foco**, v. 8, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984>.

BENENSOHN, H. S.; RESNIK, H. L. P. Guidelines for “Suicide-Proofing” a Psychiatric Unit. **The American Journal of Psychotherapy**, v. 27, n. 2, p. 151–331, 1973,

BERG, S. H.; RØRTVEIT, K.; WALBY, F. A.; AASE, K. Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. **BMJ Open**, v. 10, n. 11, p. e040088, 2020.

BLANCO, A. N. D. **Protocolo de Identificação do Paciente com Transtorno Mental na Fase Aguda e uma Pulseira Fotográfica como Ferramenta Inovadora**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026522/andrea-novais-dias-blanco.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2023.

BOWERS, L.; BANDA, T.; NIJMAN, H. Suicide inside: uma revisão sistemática de suicídios de pacientes internados. **J Nerv Ment Dis**, v. 198, p. 315–28, 2010.

BRASIL. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRINER, M.; MANSER, T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. **BMC Health Serv Res.**, v. 13, p. 44, 2013.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141–9, 2001.

CHAMMAS, F.; JANUEL, D.; BOUAZIZ, N. Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. **Front Psychiatry**, v. 28, n. 13, p. 997974, 2022.

DUARTE, M. L. C.; OLSCHOWSKY, A. Fazer dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p. 698–703, 2011.

FERNANDES, L. G. G., et al. Contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. **Rev Enferm UFPE**, v. 8, n. 1, p. 2507-12, 2014.

HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. Suicídio. **Lanceta**, v. 373, p. 1372-1381, 2009.

MASCHEREK, A. C.; SCHWAPPACH, D. L. Patient safety priorities in mental health care in Switzerland a modified Delphi Study. **BMJ Open**, v. 6, n. 8, p. e011494, 2016.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Suicídio**. 2021. Disponível em:

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 9 jul. 2023.

PAULON, S. M. O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais gerais. **Rev. Polis e Psique**, v. 2, p. 73-94, 2012.

PORTO, T. P.; ROCHA, P. K.; LESSMANN, J. C.; SOUZA, S.; ANDERS, J. C. Identificação do paciente em unidade pediátrica: Uma questão de segurança. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v. 11, n. 2, p. 67-74, 2011.

PRADO, M. F.; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 320-337, 2015.

SAKINOFSKY, I. Prevenção de suicídio entre pacientes internados. **Can J Psiquiatria**, v. 59, p. 131-40, 2014.

SILVA, L. de L. T. et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210130, 2022.

SIMAN, A. G. et al. Practice challenges in patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1504-1511, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0441>.

TONDO, J. C. A.; GUIRARDELLO, E. B. Perception of nursing professionals on patient safety culture. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1284-90, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010>

TOSO, G. L. et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. e58662, 2016.

VANTIL, F. C. S. et al. Safety of patients with mental disorders: a collective construction of strategies. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20170905, 2020.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-32, 2015.

Inteligências artificiais e o cuidado médico ao paciente

Mariluz Sott Bender*
Kethllen Stephanie Beranger**

Introdução

Na história humana, diversas descobertas permitiram a evolução e aperfeiçoamento do trabalho e dos meios de comunicação, como as ondas de rádio, que permitem a comunicação a partir de grandes distâncias; o microscópio, que pode ver dimensões muito pequenas, como por exemplo as bactérias; o telefone, que permite conversar com pessoas do outro lado do mundo; a televisão e a visualização de fatos em tempo real; o computador que trouxe uma imensa capacidade de armazenamento, cálculos e informações em poucos minutos; e o celular, onde a conversa ocorre mais virtualmente do que presencialmente. A soma de todo esse aparato tecnológico, entre outros, forma a Inteligência Artificial (IA), que analisa um grande número de dados, algoritmos e traz a solução para qualquer problema existente (Lobo, 2017).

O termo Artificial Intelligence (IA) apareceu pela primeira no workshop “Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence no Dartmouth College em Hanover”, de New Hampshire, e frequentemente vem sendo definido como “inteligência demonstrada por máquinas, em contraste com a inteligência natural exibida por humanos e animais” (Nensa; Demircioglu; Rischpler, 2019, p. 1). A IA é um ramo da ciência da computação que, usando algoritmos definidos por especialistas, é capaz de reconhecer um problema, ou uma tarefa a ser realizada, analisar dados e tomar decisões, simulando a capacidade humana (Lobo, 2018; Silva; Mairink, 2019).

Na área da saúde, a inserção de novas tecnologias integradas tem facilitado o armazenamento e processamento dos dados e prontuários clínicos dos pacientes, o que permite que o sistema proponha hipóteses diagnósticas com elevada acurácia,

* Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestra em Psicologia. Mestra em Desenvolvimento Regional. Psicóloga. E-mail: mariluzabender@unisc.br

** Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Biomédica. E-mail: beranger@mx2.unisc.br

auxiliando nas decisões médicas e no estabelecimento de diagnósticos mais precisos (Lobo, 2017). Além disso, a engenharia genética, a telemedicina e os equipamentos de ponta utilizados nos contextos diagnósticos e hospitalares são inovações dotadas de inteligência artificial (Nunes; Guimarães; Dadalto, 2022). Frente a esta realidade, como ficam os processos de comunicação perante o uso cada vez maior da inteligência artificial? Nessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi abordar as interfaces entre a inteligência artificial e o cuidado médico.

Método

Esta pesquisa é qualitativa e baseia-se na revisão narrativa da literatura, cuja metodologia não exige que os procedimentos sejam definidos a priori ou amplamente especificados. Foram utilizados artigos recentes do Google Acadêmico e os descritores usados para a foram “Inteligência Artificial” e “Cuidado médico ao paciente”, sem restrição de idioma. O critério de inclusão foi selecionar estudos que abordassem discussões sobre o tema proposto.

Resultados e discussão

A partir da pesquisa realizada foram encontrados centenas de estudos que discutem as questões da inteligência artificial, mas muitos focam em áreas específicas como a cardiologia, por exemplo, ou na bioética, e poucos incluem discussões sobre as questões comunicacionais. O matemático britânico Alan Turing (1950) foi um dos fundadores da ciência moderna da computação e IA. Foi ele quem definiu o comportamento inteligente do computador que alcança desempenhos em tarefas cognitivas de nível humano, e depois de um tempo passou a ser chamado de “teste de Turing”. Desde então os pesquisadores vêm explorando, estudando, ampliando as técnicas e potências inteligentes de todos os campos, inclusive da medicina. Gunn explorou pela primeira vez com sucesso a possibilidade de diagnóstico de dor abdominal aguda com análise computacional e com isso o interesse só foi aumentando na classe médica (Ramesh, 2004).

Hassabis *et al.* (2017) destacam que a IA é uma construção premissa do nível humano, no entanto um pouco assustadora, pois os espaços em busca das soluções não são finalizados. Os autores argumentam e ressaltam a utilidade de examinar internamente o cérebro humano, única prova existente da inteligência e que pode fornecer vários aspectos importantes para uma inteligência de nível superior.

Coppin (2010) reforça que a IA é uma forma avançada de aprendizado de redes neurais. A IA tem semelhanças com o funcionamento do cérebro humano. A rede é

organizada em duas camadas normalmente, sendo que a primeira recebe as informações que serão classificadas, reorganizadas, modificadas e por último enviada ao neurônio de saída. A complexidade desta rede pode incorrer em erros. Dentre as redes neuronais existem a forma de aprendizado que não vai ser supervisionada e não vai necessitar de classificação, isso ocorre porque na pesquisa via internet, ela traz vários resultados e os compreende sem nenhuma classificação para o usuário.

Assim, o domínio da IA se utiliza de paradigmas simbólicos, evolutivos, probabilísticos e conexionistas que se caracterizam por uma coleção de modelos, técnicas e tecnologias. O paradigma simbólico, é identificado no domínio, modelo de problema, que utiliza linguagem formal de representação e implementa mecanismos de dedução para o conhecimento. O Conexionista possui uma linguagem mais simples, inspirada na atividade do cérebro, neurônios artificiais são capazes de generalizar e aprender a partir de exemplos. O evolutivo busca a soluções de problemas, ou seja, otimização, mutação, seleção natural, recombinação, hereditariedade. Por fim, o probabilístico utiliza-se de independência condicional, em que a indução calcula a distribuição condicional de probabilidades dessa distribuição e utiliza algoritmos bastante eficientes (Sichman, 2021).

A IA é utilizada constantemente no cotidiano e está inserida desde carros automáticos até a sistemas hospitalares. Está tão presente nos celulares e aplicativos de monitoramento e sua utilização está tão naturalizada, que as pessoas não se dão conta de que a estão utilizando. Diversos sites contam com espaços destinados ao auxílio do usuário através da IA, os conteúdos impróprios podem ser revisados até certo ponto de forma automática (Dadalto; Pimentel, 2019).

No campo da Medicina, a IA vem auxiliando muitos profissionais e estudantes, pois o computador analisa uma grande quantidade de dados e algoritmos já definidos pelos profissionais da área e são capazes de solucionar problemas médicos. Os computadores podem armazenar e recuperar dados sobre imagens, lesões, exames, entre outros, e com essas informações baseadas em algoritmos podem repassar um resultado preestabelecido. Atualmente o uso de *wearable devices*, vem sendo utilizado na prática médica, obtendo informações comuns, que podem gerar ações automáticas. Há mais de 50 anos atrás Howard Bleish já sugeria um sistema que fazia a ação de restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico do paciente, fornecendo um apoio ao diagnóstico clínico (Lobo, 2017).

A Associação Americana de Escolas de Medicina afirma que até 2025 irá adotar o programa de apoio às decisões médicas, diminuindo a possibilidade de erros (Lobo, 2017). Em 2009, Castaneda *et al.* (2015) verificaram que 32% dos erros médicos ocorridos

nos EUA eram resultado do menor tempo de interação médico-paciente, ou seja, obtinham diagnósticos inconclusivos ou equivocados referente ao paciente. Mesmo em hospitais que possuem prontuário eletrônico, os erros médicos ainda eram de 78,9%, isto é, mesmo que eles possuam toda as informações, ainda há erros ocorrendo por falta de avaliação dos dados ou exames que comprovem a hipótese diagnóstica do paciente.

Nesse sentido, cria-se um novo paradigma em saúde a partir da inserção da tecnologia como aliada médica no atendimento ao paciente. Assim, o eixo central não seria mais o médico, mas sim o paciente, havendo um deslocamento da doença para a saúde humana. A ideia não é substituir o profissional de saúde pela tecnologia, mas sim utilizá-la como um instrumento de melhoria da eficiência da medicina, permitindo o tratamento com qualidade e equidade (Lottemberg; Silva; Klajner, 2019).

Contudo, o acúmulo de dados também requer um debate consciente sobre a segurança destes, pois as informações em saúde podem ser altamente rentáveis se obtidas por empresas de cartões de créditos, seguradoras e planos de saúde, o que fez com que estes dados sejam os mais atacados por hackers em todo o mundo. Por esse motivo, o Brasil promulgou em 2018 a Lei nº 13.709, que visa a proteção dos dados pessoais e significou um marco inicial no caminho para a regulamentação do uso e acesso aos dados armazenados por inteligência artificial (Lottemberg; Silva; Klajner, 2019).

Para além do acúmulo de dados, a *Basic Propositional Fuzzy Logic* (BL) ou lógica difusa, é a ciência do pensamento, raciocínio e inferência que reconhece e utiliza o mundo real, tudo em questão de grau. Ao invés de falar que tudo é branco e preto, a lógica fuzzy reconhece tons de cinza, ou seja, a realidade das coisas encontra-se no intermediário. Essa lógica foi popularizada por Lofti Zadeh, um engenheiro da Califórnia. A técnica faz associações em conjunto contínuo, lógica booleana ou convencional, exemplo 0 para falso e 1 para verdadeiro e é essa lógica que permite a ambiguidade e é adequada às aplicações médicas. Essa lógica difusa apresenta melhores resultados na análise de regressão no diagnóstico de câncer de pulmão, utilizando perfis marcadores tumorais, da mesma forma com leucemia aguda e câncer pancreático. Foi utilizado também para os exames de ultrassonografia de mama e lesões hepáticas. Outros exemplos que são utilizados a lógica difusa é na administração de vasodilatadores no período de peri operatório e ainda na administração de anestésias em salas de cirurgias (Mason *et al.*, 1999).

A evolução da IA na medicina é associada a habilidades acima das capacidades dos seres humanos, ou seja, constitui a medicina de precisão. Nessa perspectiva, as pequenas tarefas de rotina diária dos médicos seriam delegadas a IA, proporcionando

dessa forma maior tempo para atividades de maior valor para os atributos humanos, como criatividade, significado ou empatia. Um exemplo de trabalho cotidiano é da imagiologia médica, que envolve diversas atividades, planejamento de exames, quantificação e detecção de patologias, pesquisas manuais e informações em prontuários, exigindo menos tempo intelectualmente (Nensa; Demircioglu; Rischpler, 2019).

Além disso, os cuidados à saúde vêm evoluindo com desenvolvimentos científicos em telecirurgia e cirurgia robótica. Atualmente, alguns procedimentos cirúrgicos com a utilização de robôs já são realidade em muitos hospitais ao redor do mundo, especialmente nas especialidades de ginecologia, cirurgia geral, urologia, cirurgia abdominal e torácica, além da neurocirurgia, essa que necessita de extrema exatidão milimétrica quando se fala de intervenção cirurgia. A utilização de robôs torna a cirurgia mais segura e precisa, eliminando os tremores naturais do ser humano. A micro câmera também amplia a visão do médico e melhora a tomada de decisões no decorrer da cirurgia tornando-a mais exata e precisa (Nogaroli, 2020).

Segundo Barros *et al.* (2020, p. 02), a utilização da IA também pode impactar positivamente na experiência do paciente. Segundo estes autores, a “substituição de ferramentas e métodos de gestão ultrapassados por sistemas e tecnologias inovadoras, como a inteligência artificial, aumentam a qualidade dos serviços prestados em saúde e ampliam a segurança dos pacientes”.

Além disso, a inteligência artificial não é infalível ou a prova de falhas e nesse sentido são discutidas de quem seria a responsabilidade em caso de um diagnóstico realizado de forma errônea a partir da IA. Dadalto e Pimentel (2019) referem que, devido a autonomia e grande capacidade de acesso aos dados da IA, o médico não poderia ser responsabilizado pelo erro. Assim, fica o questionamento: Quem será responsável pelos possíveis erros causados pela IA?

Conclusão

Diante da evolução tecnológica que culminou na formação da Inteligência Artificial (IA), este estudo explorou as interseções entre os cuidados médicos e a IA, revelando uma relação complexa. Ao revisar a literatura recente sobre a temática, destacou-se a IA como uma construção que replica, em parte, a inteligência humana, desafiando os limites do conhecimento. A pesquisa também evidenciou a presença marcante da IA na medicina, transformando diagnósticos e apontando para uma medicina de precisão.

Contudo, mesmo com avanços notáveis, a comunicação humana permanece crucial no cenário médico, revelando-se indispensável para garantir o contato e a empatia necessários para um atendimento humanizado. A complexidade da IA, representada por paradigmas simbólicos, evolutivos, probabilísticos e conexionistas, destaca-se como um campo em constante evolução. A lógica difusa, por sua vez, se destaca como uma ferramenta valiosa, especialmente em diagnósticos médicos complexos.

À medida que a IA continua a moldar o futuro da medicina, a necessidade de uma colaboração eficaz entre a máquina e o profissional de saúde torna-se evidente. A automação de tarefas rotineiras libera espaço para habilidades humanas mais sofisticadas, como empatia e criatividade. Assim, a busca por uma integração equilibrada entre a inteligência artificial e a comunicação humana permanece no cerne dos avanços científicos e tecnológicos.

Em última análise, este estudo contribui para a compreensão da IA não apenas como uma ferramenta técnica, mas como uma extensão do potencial humano, oferecendo oportunidades promissoras na prática médica. Por outro lado, o uso da IA pode impactar negativamente na interação entre médico e paciente e por isso é fundamental que se criem regulamentações para este uso, pautadas nos princípios bioéticos e de preservação do contato e da comunicação humana.

Referências

BARROS, J. C. C. *et al.* Inteligência artificial a caminho da visão da experiência do paciente. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 4, p. 18321-18335, abr. 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n4-123.

CASTANEDA, C.; NAFLEY, K.; MANNION, C.; BHATTACHARYYA, P.; BLAKE, P.; PECORA, A.; GOY, A.; SUH, K. S. Clinical Decision Support Systems for Improving Diagnostic Accuracy and Achieving Precision Medicine, **J.Clin. Bioinforma**, 2015.

COPPIN, B. **Inteligência artificial**. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

DADALTO, L.; PIMENTEL, W. Responsabilidade civil do médico no uso da inteligência artificial. **Revista IBERO**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, 2019. DOI: 10.37963/iberc.v2i3.86.

HASSABIS, D.; KUMARAN, D.; SUMMERFIELD, C.; BOTVINICK, M. Neuroscience-Inspired Artificial Intelligence. **Neuron**, v. 95, n. 2, p. 245–258. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.06.011>.

LOBO, L. C. Artificial intelligence and medicine. **Artificial Intelligence in Medicine**, v. 41, n. 2, p. 1–19. 2017. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429052071-1>.

LOBO, L. C. Educação Médica Artificial Intelligence. **The Future of Medicine**, v. 42, n. 3, p. 3–8, 2018.

LOTTEMBERG, C.; SILVA, P. E.; KLAJNER, S. **A revolução digital na saúde**: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável. São Paulo: Editora dos Editores; 2019.

MASON, D.G.; ROSS, J.J.; EDWARDS, N. D.; LINKENS, D. A.; REILLY, C.S. Controle fuzzy de autoaprendizagem com conhecimento temporal para bloqueio neuromuscular induzido por atracúrio durante a cirurgia. *Comput Biomed Res*, v. 32, p. 187-97, 1999.

NENSA, F.; DEMIRCIOGLU, A.; RISCHPLER, C. Artificial intelligence in nuclear medicine. **Journal of Nuclear Medicine**, v. 60, n. 9, p. 29S-37S, 2019. DOI: <https://doi.org/10.2967/jnumed.118.220590>.

NOGAROLI, R. Implicações ético-jurídicas da medicina robótica e inteligência artificial em cirurgias e cuidados da saúde. In: CFM. **Medicina e direito**: artigos e banners premiados no IX Congresso Brasileiro de Direito Médico. Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM, 2020, p. 27-49.

NUNES, H. C.; GUIMARÃES, R. M. C.; DADALTO, L. Desafios bioéticos do uso da inteligência artificial em hospitais. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 30, n. 1, p. 82-93, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422022301509PT>.

RAMESH, A. N.; KAMBHAMPATI, C.; MONSON, J. R. T.; DREW, P. J. Artificial intelligence in medicine. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 86, n. 5, p. 334-338, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1308/147870804290>.

SICHMAN, J. S. Inteligência Artificial e sociedade: avanços e riscos. **Estudos Avançados**, v. 35, n. 101, p. 37-49, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35101.004>.

SILVA, J. A. S.; MAIRINK, C. H. P. Inteligência artificial: aliada ou inimiga. **LIBERTAS**: Rev. Ciênc. Soc. Apl., Belo Horizonte, v. 9, n. 2, 2019.

Saúde Hospitalar no contexto da pandemia: as “tias” do setor de limpeza de um hospital no Rio de Janeiro

Elissa Paiva Alexandre Ferreira de Lucas*

Introdução

Em setembro de 2020, fui selecionada para uma vaga de estagiária em um hospital particular no Rio de Janeiro após alguns meses desde o envio de meu currículo para o lugar. Minha função era auxiliar todas as manhãs os analistas e auxiliares do setor financeiro do hospital em suas tarefas administrativas; abrangendo o atendimento aos pacientes que chegavam para quitar despesas, envio de documentos de cobrança hospitalar, repasse do pagamento aos médicos do hospital e conciliação bancária. Fiquei durante um mês em treinamento intensivo pela empresa que me contratou antes de assumir o cargo. De forma remota, eu tinha que assistir às aulas de educação financeira, atendimento ao cliente, contabilidade básica, ética no trabalho e segurança no trabalho. O treinamento foi inteiramente oferecido de forma remota por conta da política adotada de isolamento social em razão do risco de contágio pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19), que durante os anos de 2020, 2021 e 2022 se apresentou como um perigo biológico em escala mundial. Em outubro de 2020, quando o treinamento havia terminado, pude começar a trabalhar no setor da secretaria e tesouraria localizados no térreo do hospital.

À primeira vista, o ambiente hospitalar pode se apresentar um tanto vazio: paredes lisas pintadas de branco ou azul claro, divisórias e portas de vidro, quartos padronizados sob uma numeração, corredores extensos, gelados e vazios, enfim; compartimentos e objetos que não ganham muito destaque na vida ambulatorial. Quando se chega em um hospital, como paciente, a sensação é de poder deixar o lugar assim que o atendimento acontecer; talvez para certas pessoas, ocorra um misto de ansiedade e medo ao imaginar o procedimento ou o diagnóstico que irá receber. Quando se chega como funcionária, a sensação é de que o tempo não passa, não se sabe o clima no exterior do

* Antropóloga graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ). E-mail: elissapaiva@id.uff.br

prédio pela ausência de janelas em muitos espaços, além da memorização dos diversos caminhos para as salas ou setores, pelos quais devemos transitar.

Após alguns meses na rotina do setor financeiro, pude perceber o campo no qual eu já estava inserida. Sentada como de costume no guichê 1, observava o trânsito de médicos, funcionários do administrativo, funcionários da manutenção¹, enfermeiros, técnicos de enfermagem e pacientes. Além disso, eu também podia ver um outro corpo de funcionários que atuavam por lá: as auxiliares de serviços gerais, que são comumente chamadas de “tias” por outros funcionários. São em maioria mulheres, contratadas por uma empresa de limpeza terceirizada, que chamarei aqui de SLH, pela qual desempenham suas funções na limpeza em setores, elevadores, escadas, salas, pátios, saguões, banheiros, quartos, enfermarias e CTI (Centro de Terapia Intensiva). Estas mulheres vestem uma camisa cinza ou bege com o logotipo da empresa costurado, calça preta lisa, sapatos pretos fechados, máscara de proteção da boca e nariz, touca preta para cobrir os cabelos e dois crachás de identificação; um do hospital e o outro do SLH. Percebi que, mesmo que estas mulheres utilizem dois crachás com seus nomes identificados, são chamadas de tias e outros apelidos enquanto trabalham. Além do “bom dia” vindo de alguns funcionários, elas também recebiam um “bom dia, tia!”, algo que era visto e escutado dos guichês da secretaria.

O objetivo desta pesquisa é analisar as formas pelas quais as trabalhadoras do setor de limpeza de um hospital privado desenvolvem suas rotinas de trabalho e socialização no cargo de auxiliar de serviços gerais. Através desta investigação, a questão principal que motivou a realização deste trabalho é: por quais motivos as trabalhadoras da limpeza são chamadas por “tias” durante suas atividades? Dado este questionamento, busco compreender também o rigor que o trabalho de limpeza apresenta, o cuidado com a assepsia do ambiente hospitalar e a tendência pela contratação de mulheres para a ocupação do cargo de auxiliar de serviços gerais neste campo. Trata-se, neste sentido, de uma pesquisa etnográfica desenvolvida com a finalidade de compreender melhor o campo e as temáticas da antropologia da saúde, do corpo e do gênero. No entanto, este trabalho é caracterizado por um estudo de campo realizado sob a observação da rotina das auxiliares de serviços gerais durante seu ofício; sendo este o grupo priorizado para a análise. Considero o anonimato nesta pesquisa por se tratar de uma instituição privada sem muita abertura para a pesquisa na área das ciências humanas. Caso eu oficializasse a pesquisa na instituição, teria que solicitar a permissão de gerentes e supervisores ou até mesmo da direção do hospital, sendo muito provável que não fosse

¹ São funcionários que realizam trabalhos de marcenaria, troca de aparelhos em geral, manutenção de ar-condicionado, elevadores etc.

aprovada por revelar aspectos comprometedores da vida hospitalar. Além disso, considerei a segurança das interlocutoras e o receio da demissão de seus cargos caso oficializasse a pesquisa na empresa, junto à possibilidade de um precoce desligamento de meu próprio cargo de estagiária. Neste sentido, os nomes das interlocutoras neste trabalho são fictícios. O desenho etnográfico também foi outra forma de registro utilizada em campo². Através dos contornos registrados em papel, trazendo à memória alguns traços das interlocutoras em situações no campo, pude captar e delinear uma recordação diferente da escrita. Trago aqui um fato importante sobre os desenhos: se tratando de uma pesquisa que considera o anonimato das interlocutoras, de seu setor e da instituição, muito dos traços foram alterados nas versões finais dos desenhos. Neste sentido, ainda considero relevante o registro ilustrativo deste campo, por não apagar aspectos e situações vivenciadas com as interlocutoras.

Como aponta Cláudia Fonseca em “O anonimato no texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia ‘em casa’”, o ocultamento da identidade das interlocutoras não me pareceu ideal no curso da pesquisa, justamente pela preocupação de abordar o apagamento de seus nomes durante suas funções. Porém, por questões éticas ao trabalho e identidade das pesquisadas, o pseudônimo dado a elas se torna uma maneira de “dar voz” àquelas que estão sob a remuneração da instituição para a qual, muitas vezes, não podem considerar ou levantar questões sobre suas funções. Segundo Fonseca:

O uso de pseudônimos em nossos textos é uma maneira de lembrar a nossos leitores e a nós mesmos que não temos a pretensão de restituir a ‘realidade bruta’ (e nem por isso considerarmos a antropologia uma ciência menor). O nosso objetivo, sendo aquele mais coerente com o método etnográfico, é fazer/desfazer a oposição entre eu e o outro, construir/desconstruir a dicotomia exótico-familiar, e, para alcançar essa meta, a mediação do antropólogo é fundamental (Fonseca, 2007, p. 49).

“Tia, pode limpar aqui?”

Como escrito no início deste trabalho, a primeira vez que escutei esta frase foi enquanto estava em um dos guichês da secretaria. A frase partiu de uma funcionária do setor administrativo, em frente ao guichê que eu estava. Inicialmente, houve em mim uma inquietação, já que eu sabia o nome da funcionária à qual o “tia” fora destinado. Me

² Desenhos disponíveis em: <https://pt-br.padlet.com/elissapaiva/conjunto-de-desenhos-para-a-monografia-tia-pode-limpar-aqui--bb4li4324xu7gje9>.

questionei se a funcionária do setor administrativo, mesmo que estivesse por anos nesta empresa, não saberia o nome da auxiliar de limpeza que também estava há anos empregada no local.

Em uma manhã, enquanto estava na secretaria, vi a mesma auxiliar de limpeza realizar suas rondas próximo ao saguão. No mesmo momento, aquela funcionária do setor administrativo que a chamou de “tia” em outra ocasião disse: “tiazinha!” enquanto a auxiliar de limpeza passava retribuindo o cumprimento com “bom dia!”. A auxiliar de limpeza, que chamarei aqui por Maria, a “tiazinha” que foi cumprimentada, é uma mulher de baixa estatura, que aparenta ter mais de sessenta anos de idade, e que em suas rondas anda depressa com seu material. Não apenas a funcionária do administrativo chama Maria de Tiazinha, mas também outros funcionários de seu setor e de setores próximos. A mesma funcionária do setor em frente, algumas semanas depois desse ocorrido, pela manhã, de sua sala gritou: “Tia, pode limpar aqui?” fazendo gestos com suas mãos para chamar Fátima, uma das interlocutoras, que estava próxima aos banheiros. Fátima seguiu até sua sala com um pano e um borrifador, e da secretaria pude ver através da sala de vidro Fátima limpar um líquido derramado no chão.

Minha inquietação ao ouvir o “Tia” todas as manhãs por funcionários e funcionárias dos setores administrativos abriu o meu interesse em investigar tal questão; afinal, uma vez mergulhados em um saber antropológico, passamos a perceber as diferentes e curiosas categorias que se manifestam em contextos nos quais chegamos, e no meu caso, o hospital se tornou um novo espaço de minha rotina e análise. Desejar saber o porquê das mulheres auxiliares de serviços gerais serem chamadas por um nome que remete à familiaridade e a um laço de parentesco instigou a observação e escrita deste trabalho; pois neste contexto, as trabalhadoras não possuem laços de parentesco e familiaridade com os demais funcionários.

A “tia”, a mulher que limpa, é muito mais do que a esposa do tio ou a irmã do pai ou da mãe; é também a mulher que está além dos laços de consanguinidade e que é comumente chamada desta forma pelos serviços de cuidado que presta na sociedade. Além das mulheres da limpeza, é comum no período da infância que crianças se dirijam às professoras por “tias”, também às mulheres que trabalham na cantina ou cozinha das escolas - as merendeiras - ou mulheres que prestam serviços de transporte escolar ou tomam conta das crianças.

A questão do nome atribuído às interlocutoras no hospital diz respeito à posição que estas ocupam na instituição. Como auxiliares de serviços gerais, por mais que seus serviços sejam essenciais para a manutenção asséptica do ambiente hospitalar, como a retirada dos materiais infectantes e higienização de todas as alas presentes no hospital,

suas imagens não são prestigiadas na instituição como em relação ao corpo administrativo e médico. Em algumas conversas com Fátima e Cristina sobre os apelidos que recebem, perguntei como elas se sentiam por serem chamadas de “tia”: Cristina revelou serem apelidos carinhosos, e que não são apenas chamadas de tias, mas também de “coração”, “fofa” e “menina”. Fátima alegou ser chamada pelo diminutivo de seu nome por aqueles que a conhecem, além de ser chamada de tia. Neste sentido, a afetividade presente na interação com estas mulheres, é relativa ao pensamento de DaMatta (2020) acerca da intimidade social presente nas relações sociais no Brasil. Sobretudo nas relações de trabalho, a atitude de estabelecer uma certa intimidade ou consideração, segundo o autor, também é caracterizada de modo a diferenciar os outros; como descreve por “princípio diferenciador múltiplo” (DAMATTA, 2020, p. 39) nas relações entre empregados que, mesmo atuando em um mesmo local de trabalho, são diferenciados por seus patrões e outros colegas de trabalho. Desse modo, os “apelidos carinhosos” que as interlocutoras recebem durante as suas rondas nos setores administrativos, são contrapostos às atitudes dos administradores do hospital em relação às suas atuações.

É interessante observar que somente as funcionárias auxiliares de serviços gerais são chamadas por tias, nem mesmo os funcionários do administrativo, do setor de alimentos, técnicos, enfermeiros e muito menos os médicos e médicas são chamados de tios ou tias. No caso dos médicos e médicas, o que antecede seus nomes é o Doutor ou Doutora. Na instituição nós sabíamos quem eram os médicos mesmo sem o jaleco, e se estes solicitassem alguma informação na secretaria, automaticamente dizíamos “Doutor” antes de seus nomes. Roberto DaMatta em seu livro “Você sabe com quem está falando? Estudos sobre o autoritarismo brasileiro”, escreve sobre a titulação que carrega alguns indivíduos na sociedade como um reforço da hierarquia presente nas relações sociais. Neste sentido, sabíamos com quem estávamos falando, justamente pela diferença de vestimenta e de crachá que médicos e médicas carregavam. O título que o médico carrega, mesmo que dispensasse a frase “você sabe com quem está falando?” justamente por já sabermos, remonta o que DaMatta descreve:

Quanto mais alta é sua posição, mais impacto e mais legitimidade ganha o uso do “você sabe com quem está falando?” pelos seus inferiores, pois o fenômeno relevante é o da projeção da posição social para mais de um indivíduo, revelando como em certas formações sociais uma dada posição social pode recobrir mais que um indivíduo, tendendo a ser tomada como uma verdadeira instituição (DaMatta, 2020, p. 35.)

A questão que envolve a forma de nomear estas mulheres, além de remeter à dimensão afetiva ou emocional, vinculada ao trabalho do cuidado, também vem acompanhada pela questão econômica do cargo desempenhado pelas auxiliares de serviços gerais; uma função que é dedicada à retirada da sujeira e pelo esforço contínuo do corpo para manter um ambiente asseado. Neste sentido, a não identificação da “tia” parte de elementos que marcam a sua identidade enquanto funcionária: seu uniforme e os materiais que carrega no trabalho. Como é notável, os marcadores que constituem a figura da trabalhadora da limpeza, principalmente em relação aos funcionários do administrativo, foram observados em diversos acontecimentos durante o expediente da manhã.

De acordo com DaMatta, a hierarquia simbolizada pela frase ou pelo título que antecede os nomes dos indivíduos diz respeito ao que o autor chama por “intimidade social” (DaMatta, 2020), onde as relações de poder começam no trabalho e se expressam pelas diferenças econômicas; além disso, por também se basearem pelo que descreve por “sistema de relações informais e entrecortadas” (DaMatta, 2020, p. 37). Por mais que não se tenha um laço consanguíneo com as funcionárias que trabalham na limpeza, a intimidade ao chamar uma funcionária de tia, no Brasil, envolve o que se entende por um “ritual de separação”, que por meio da identificação e pelo eixo econômico dos envolvidos em um contexto social, fica estabelecida a relação entre dominador e dominado, o superior e inferior (DaMatta, 2020, p. 41). No exemplo daqueles chamados por “doutores”, escrito por DaMatta, a identificação destes indivíduos acompanha não somente o título, mas o status social de quem o carrega:

É necessário então ser doutor e sábio, além de rico. E estar penetrado (ou “compenetrado”, como falamos) por alguma instituição ou corporação perpétua como as forças armadas ou algum órgão do Estado. Os “doutores”, assim substituíram - como nos mostra Gilberto Freyre (1962:304) - os comendadores, barões, viscondes e conselheiros do Império (DaMatta, p. 51).

A responsabilidade asséptica

Dada a grande atuação de médicos e enfermeiros na instituição, há um preparo minucioso por parte dos funcionários do SLH e sobretudo das auxiliares de serviços gerais. As mulheres que atuam na limpeza hospitalar devem fazer uso de equipamentos de proteção individual, chamados por EPI³, como luvas, toucas descartáveis para cobrir

³ Os equipamentos de proteção individual (EPI) são fornecidos para os trabalhadores que atuam em ambientes que oferecem riscos à sua saúde ou segurança. Na legislação brasileira, os EPIs estão na Norma

os cabelos, máscaras de proteção da boca e nariz e sapatos fechados. Diariamente manuseiam produtos de limpeza que são conhecidos como quimicamente leves ou pesados; desde produtos para superfícies (como mesas, cadeiras, espelhos, etc.) a detergentes, desinfetantes e produtos com cloro ativo; sujeitas a irritações na pele e nas mucosas caso o produto seja manuseado de forma inadequada. A fim de manter a esterilização do ambiente hospitalar, fazem rondas diárias em pelo menos quinze setores ou salas, sendo administradas por uma equipe de supervisão do SLH composta em grande parte por mulheres. Algumas das auxiliares de serviços gerais carregam consigo uma planilha referente aos setores que devem fazer a ronda naquele dia, em outros casos, suas supervisoras telefonam para os setores onde estão e solicitam seus serviços em outro espaço.

Nesta perspectiva, tudo o que está contido no espaço hospitalar pode ser passível de limpeza, ou seja, não apenas os respectivos setores, salas ou quartos; como também artigos de decoração presentes no hospital (quadros, jarros, esculturas, etc.), corrimões, maçanetas, cadeiras, saídas de ar, telefones, dentre outros. Sendo assim, se constituem como objetos que se fazem presentes no espaço hospitalar, podendo acumular sujidades e podendo ser manuseados por algum paciente enfermo. Mesmo antes do contexto pandêmico causado pelo contágio do vírus COVID-19, as trabalhadoras da limpeza realizavam com rigor a higienização dos espaços do hospital. Com o advento da infecção em extensão mundial pelo vírus, o comprometimento com a esterilização do hospital aumentou. Em suas rondas, deveriam passar por alas em que pacientes estariam infectados não apenas pelo vírus SARS-CoV-2, como também outras doenças infecciosas. Grande parte do corpo de funcionários do hospital, entre os anos de 2020 e 2021, testaram positivo para a infecção do vírus, e as trabalhadoras das limpeza não escaparam dessa propagação. Com o teste confirmando a presença do vírus no corpo, o(a) funcionário(a) era afastado(a) por no mínimo quinze dias para evitar a propagação para mais pessoas.

O receio do contágio do vírus, do que está infectado, e a eliminação desta ameaça à saúde coletiva relaciona-se com o estudo acerca do que se entende por pureza e impureza na obra “Pureza e Perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu” de Mary Douglas, onde a autora escreve:

A impureza absoluta só existe aos olhos do observador. Se nos esquivamos dela, não é por causa de um medo cobarde nem de um receio ou de um terror sagrado

Regulamentadora nº 6 (NR 06), disponível em: <https://storage.googleapis.com/onsafety-anexos/normas/nr-06.pdf>.

que sentimos. As ideias que temos da doença também não dão conta da variedade das nossas reações de purificação ou de evitamento da impureza. A impureza é uma ofensa contra a ordem. Eliminando-a, não fazemos um gesto negativo; pelo contrário, esforçamo-nos positivamente por organizar o nosso meio (Douglas, 1991, p. 7).

Segundo Mary Douglas, através do estudo de religiões ditas primitivas, as purificações rituais presentes em certas religiões têm princípios diferentes das sociedades ocidentais. No entanto, o ato de desinfetar ou mesmo de isolar aquilo que é impuro em nossa sociedade advém de representações simbólicas (Douglas, 1991). Em uma ocasião na tesouraria, duas interlocutoras conversaram sobre as concepções de sujeira e limpeza que circundam suas tarefas no hospital. Nesta ocasião, Fátima alegou certa indignação por ser escalada duas vezes em uma manhã para realizar a limpeza do pátio do hospital, a justificativa da supervisão era que algumas folhas haviam caído por lá e que se apresentava como perigoso devido aos escorregões que poderiam acontecer. Neste sentido, se tratando de um ambiente que deve se apresentar livre de sujidades, sobretudo por elementos que pareçam não fazer mal, como no caso das folhas da árvore discutidas no diálogo entre as interlocutoras, as mesmas devem realizar a limpeza quantas vezes forem solicitadas na instituição. Sendo assim, no contexto de limpeza hospitalar, a folha que longe do ambiente não se apresenta como risco à saúde de outrem, no hospital pode ser a causa de algum acidente para pacientes ou funcionários. De acordo com o guia para higienização hospitalar disponibilizado pela EBSEH Hospitais Universitários Federais (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares do Governo Federal)⁴, há três tipos de higienização que podem ser aplicadas nos hospitais, sendo a limpeza, desinfecção e descontaminação; compreendendo a remoção de sujidades, destruição de microrganismos e remoção de materiais orgânicos. Neste guia há também três tipos de categorias para limpeza hospitalar: higienização concorrente, higienização imediata e higienização terminal. A primeira consiste em limpezas diárias enquanto o paciente está internado, é feita com o objetivo de manter o ambiente livre de contaminações em quartos, sanitários ou salas de cirurgias; a segunda é realizada quando há presença de matéria orgânica no ambiente e a terceira é realizada após a alta de pacientes, consistindo na limpeza de colchões, pisos, móveis, teto e demais superfícies com o intuito de desinfetar todo o ambiente em que o paciente permaneceu. Conforme a EBSEH, a limpeza de áreas internas, seja em espaços administrativos ou de circulação para exames, cirurgias ou internações deve ser diária

⁴ Disponível em: EBSEH Hospitais Universitários Federais - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares do Governo Federal. Acesso em 25 nov. 2022.

e realizada sob técnicas de limpeza úmida. Nas áreas externas do hospital, em relação à sujeira de folhas no pátio, a higienização deve consistir em:

Retirar papéis, resíduos e folhagens, acondicionando-os apropriadamente e retirando-os para local indicado, sendo terminantemente vedada a queima dessas matérias em local não autorizado, situado na área circunscrita da edificação, observada a legislação ambiental vigente e de medicina e segurança do trabalho (EBSERH, 2016, p. 27-28).

Sendo assim, em diálogo com Mary Douglas a respeito dos sistemas simbólicos presentes no que se entende por puro e impuro, os códigos - ou os símbolos - presentes na relação com a limpeza hospitalar advém da preocupação em relação aos patógenos presentes no ambiente de saúde e à resistência antimicrobiana, ou seja, aos microrganismos imunes aos fármacos. De acordo com o Manual de Limpeza e Desinfecção de Superfícies disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁵, a contaminação cruzada, ou seja, a transmissão ou o transporte passivo de infecções no ambiente hospitalar é um dos principais fatores para a proliferação de doenças (ANVISA, 2010). Por conta disso, o termo "biossegurança" passou a ser utilizado caracterizando a prevenção, eliminação e controle dos riscos à saúde humana. Desse modo, no manual consta:

O profissional de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde está exposto a riscos e o objetivo das medidas de biossegurança é identificar riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes da exposição à matéria orgânica e aos agentes biológicos e do manuseio de produtos químicos e materiais perigosos (ANVISA, 2010, p. 96).

A partir do que se entende por microbiologia e com o advento da medicina moderna, os crescentes estudos sobre doenças infecciosas e os protocolos de higienização em ambientes de saúde se tornaram cruciais. Para que a doença não atinja o corpo, é necessário uma rotina de cuidado e desinfecção que também é destinada às auxiliares de serviços gerais já que são atuantes em áreas de risco biológico, como no caso do hospital. Em complemento a isto, Mary Douglas escreve:

A nossa ideia de impuro é fruto do cuidado com a higiene e do respeito pelas convenções que nos são próprias. Certamente que as nossas regras de higiene

⁵ Disponível em: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Acesso em: 26 nov. 2022.

evoluem com os conhecimentos que adquirimos. [...] Para nós os objectos e os lugares sagrados devem ser protegidos das impurezas (Douglas, 1991, p. 10).

O medo provocado pela alta mortalidade em decorrência do contágio do SARS-CoV-2 trouxe a preocupação em escala mundial. Os métodos de limpeza e desinfecção em espaços destinados ao cuidado da saúde foram reforçados, como consta na cartilha digital instrutiva do Governo do Estado do Paraná acerca da higienização de ambientes hospitalares, onde destaco um dos itens que diz respeito à prevenção do ambiente frente à presença do vírus:

A limpeza dos ambientes destinados ao isolamento de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19 deve ser feita diariamente, a cada troca de plantão, e sempre quando necessário, antecedendo a limpeza concorrente de pisos. Merece maior atenção, a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos dos pacientes e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades da cama, chamada de enfermagem e outras⁶.

Acerca da prevenção do corpo de trabalhadores da limpeza, na mesma cartilha consta:

O trabalhador do Serviço de Limpeza e Desinfecção deve apresentar-se com uniforme completo, manter cabelos penteados e presos ou curtos; unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças. Também não deve fazer uso de adornos, como: relógios, pulseiras, anéis, brincos, colares, piercing e outros⁷.

Mesmo fazendo o uso dos equipamentos recomendados pela NR 06, as trabalhadoras da limpeza ainda estão sujeitas ao risco biológico durante o ofício. Certa vez, uma auxiliar de limpeza do SLH teve que realizar exames no setor de medicina do trabalho por ter encostado em material infectado com sangue em um dos banheiros do saguão. Todos ficamos preocupados até o resultado sair dias depois revelando que ela não havia se contaminado com nenhuma doença. Mesmo usando as luvas aconselhadas pela supervisão, o material cortante perfurou-a, chegando até sua mão. Na segunda metade do ano de 2021, foi anunciado através dos meios de comunicação do hospital, a chegada de um robô programado para auxiliar na desinfecção do hospital;

⁶ Disponível em: Limpeza e Desinfecção de Ambientes.

⁷ Disponível em: Limpeza e Desinfecção de Ambientes.

complementando assim a atuação das trabalhadoras da limpeza. O intuito seria eliminar 99% dos microrganismos presentes no ambiente. Sendo assim, o robô era abastecido com um produto para esterilização e posicionado na sala desejada. Esta decisão foi realizada devido aos elevados números de pacientes confirmados por COVID-19 neste período; sendo assim, o robô foi melhor aproveitado nas alas de internação dos pacientes infectados.

Nesta perspectiva, além das trabalhadoras da limpeza no ambiente de saúde se prepararem para cuidar do ambiente hospitalar e sua circulação, também devem se atentar para a contaminação do ambiente em relação aos seus corpos. Com isso, as trabalhadoras do SLH possuem uma responsabilidade asséptica no ato de suas funções. De forma distinta ao corpo médico, as trabalhadoras do SLH que realizam as rondas pelo hospital não são entendidas como trabalhadoras da saúde como se percebem os enfermeiros, técnicos e médicos.

Sendo assim, neste espaço ímpar para o cuidado da saúde coletiva e em lugares onde a contaminação por enfermidades pode ser elevada, a atuação nos bastidores do hospital pelas trabalhadoras da limpeza é caracterizada pelo zelo indispensável à segurança de todos que circulam pelo espaço de saúde. De forma indireta em relação aos pacientes, as auxiliares de serviços gerais também são responsáveis pelo combate do que se entende por impuro ou insalubre neste contexto.

Negligência institucional

Por serem contratadas por uma empresa terceirizada, as funcionárias de serviços gerais não eram reconhecidas por seus serviços no ambiente hospitalar; como o marcante episódio em que o hospital negou vacinas para a COVID-19 às funcionárias por não serem “funcionárias da casa”. A negligência em relação à vacinação ocorreu da seguinte maneira: em meados de abril e maio do ano de 2021, o hospital recebeu remessas da primeira dose da vacina contra o vírus SARS-CoV-2. Todos receberam e-mails avisando da chegada dessas remessas e da importância da vacinação, sobretudo da primeira dose contra o vírus. Aos poucos os médicos, enfermeiros e técnicos, funcionários da manutenção, do almoxarifado e do administrativo em geral, destinaram-se ao setor de medicina do trabalho para receber a vacina. Quando as funcionárias da limpeza se aproximavam para realizar o cadastro na medicina do trabalho a fim de também receberem a dose, eram impedidas sob a justificativa de serem terceirizadas, conferindo à empresa de limpeza, o SLH, a vacinação das funcionárias. Vale ressaltar que, naquele contexto, havia doses disponíveis caso a

instituição quisesse vacinar todos os funcionários atuantes no hospital, independente de seu vínculo.

Em se tratando das auxiliares de serviços gerais, sobretudo pela sua atuação em áreas de alto risco de contaminação de doenças no hospital, deveriam ser as primeiras, junto ao corpo médico, a receberem as doses das vacinas. Expostas, talvez na mesma magnitude, que os médicos que atuam nos leitos e nas salas de cirurgias, seus cargos deveriam receber grande atenção por parte da instituição hospitalar. A decisão por parte do hospital, sobretudo de seus diretores, em relação ao corpo de funcionários terceirizados quanto às vacinas, revela o distanciamento em relação aos trabalhadores da limpeza; em contrapartida, os médicos têm benefícios que a maioria dos funcionários não possuem. Em diálogo à isso, através da análise sobre a precariedade da vida - ou condição precária - e o que descreve por “ontologia do corpo”, Judith Butler (2015), aponta que as condições de vulnerabilidade, indiferença, exposição e sofrimento se configuram de forma social e política, a fim de “(...) maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros” (Butler, 2015, p. 15). Com relação à preferência ao corpo de funcionários contratados pelo hospital em contraste com os trabalhadores terceirizados da instituição, os contratados da casa tiveram reconhecimento pelos seus vínculos diretamente com o hospital, sendo suas vidas priorizadas neste contexto emergencial de vacinação. Esta situação elucida o interesse por parte da instituição de manter os funcionários que possuem importância para o funcionamento do estabelecimento, retirando sua responsabilidade com os demais empregados atuantes por outras empresas onde, de forma diária e constante, também colocam seus corpos à prova em áreas de risco biológico no hospital; deixando evidente o que Butler descreve por “pessoas reconhecíveis” e pessoas “difíceis de reconhecer” (Butler, 2015, p. 19). Desse modo, se tratando do reconhecimento da vida na análise sobre este espaço de saúde, em um trecho a autora ressalta: “[...] Assim, há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente - ou, melhor dizendo, nunca - são reconhecidas como vidas.” (Butler, 2015, p. 17).

A hierarquia presente nesta instituição, a preferência de tais benefícios para os funcionários de cargos elevados - os médicos e os gerentes - diz respeito à classe de pessoas que ocupam estes cargos na instituição e, em se tratando do corpo médico, ao prestígio e relevância que acompanha esta profissão na nossa cultura. Luc Boltanski (2004), acerca do uso do corpo em diferentes classes sociais, estabeleceu sua análise a partir da atenção ao corpo no trabalho e do esforço físico empregue no mesmo, como aponta:

Se os diversos grupos sociais se hierarquizam de maneira idêntica (*mutatis mutandis*), conforme se leve em consideração o volume de seus consumos médicos ou a parte dos não-diplomados no interior de cada grupo, isso acontece, como vimos porque o crescimento do nível de instrução está associado a um crescimento da competência médica, e também porque o nível de instrução média de um grupo constitui o melhor indicador do grau em que os membros desse grupo fazem um uso profissional de seu corpo (Boltanski, 2004, p. 157).

Em suma, neste cenário em que as interlocutoras e demais funcionárias e funcionários da limpeza demonstram sentir dores corporais por conta de suas atividades, sua supervisão e sobretudo, os diretores do hospital, não examinam a criação de espaços para o conforto destes(as) funcionários(as). Mesmo se tratando de serviços terceirizados, frente à pandemia causada pela contaminação do vírus COVID-19, se tornou essencial a imunização daquelas e daqueles que cuidam do asseio hospitalar que, por conta de decisões internas, tiveram que buscar a vacina fora do hospital.

A partir desta análise, encerro este trabalho com considerações inspiradas no estudo de Butler (2015) sobre a atenção à existência e importância da vida daqueles e daquelas que exerceram sua corporalidade durante a pandemia do COVID-19, sobretudo das trabalhadoras e trabalhadores da limpeza hospitalar presentes nesta etnografia. O adoecimento esteve próximo do cotidiano de quem atuou no espaço hospitalar durante os anos de 2020, 2021 e 2022. A pandemia não apenas reforçou a atenção com o corpo contra a doença, mas também evidenciou quais corpos estiveram dispostos a combater a propagação da infecção. Neste cenário, também se tornou nítida a extensa presença do corpo de quem limpa no espaço hospitalar que, antes da pandemia, já se fazia presente de modo expressivo para o combate da circulação de enfermidades. Durante o período pandêmico, o receio predominante entre a vida e o óbito fez com que a atuação de profissionais ligados ao espaço de saúde, sobretudo ao cuidado com o lugar e com os pacientes, reforçassem seus desempenhos nas relações de cuidado. O trabalho das interlocutoras que compartilharam suas experiências nesta pesquisa também requer relevância por todas as esferas que fazem o uso de seus serviços, sendo as autoridades do hospital, neste contexto, destacadas para o reconhecimento de suas funções.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: ANVISA, 2010.

BOLTANSKI, L. Os usos sociais do corpo. **As Classes Sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BUTLER, J. Introdução – vida precária, vida passível de luto. In: **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. p. 13-55.

DAMATTA, R. **Você sabe com quem está falando?** Estudos sobre o autoritarismo brasileiro. Rio de Janeiro: Rocco, 2020.

DOUGLAS, M. **Pureza e Perigo**: Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu. Lisboa: Edições 70, s.d. (trad. por Sônia Pereira da Silva, 1966).

FONSECA, C. O anonimato e o texto antropológico: dilemas éticos e políticos da etnografia feita em “casa”. **Teoria e Cultura**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 39-53, jan./dez. 2007.

GUIMARAES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & Antropologia**, v.1, n. 1, p. 151-180, 2011.

SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **RBCS**, [S. l.], v. 25, n. 74, 2010.

ZELIZER, V. A economia do care. **Civitas - Revista De Ciências Sociais**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 376-391, 2011.

Os desafios da psicologia no contexto hospitalar: uma revisão teórica

Mariluz Sott Bender^{*}
Suelen Machado de Freitas^{**}
Camila da Silva Estrázulas^{***}

Introdução

Os hospitais compõem a rede de atenção especializada de alta complexidade. Assim, oferecem cuidados para a recuperação da saúde de pessoas enfermas, geralmente por meio da internação hospitalar. O hospital, comumente voltado ao cuidado físico com o paciente, ainda está fortemente centrado no paradigma biomédico e no restabelecimento do corpo do sujeito (Carvalho *et al.*, 2022).

O processo de adoecimento e hospitalização, e o conseqüente afastamento do contexto familiar e do espaço seguro, pode produzir sofrimento psíquico, despersonalização, ou mesmo intensificar quadros psiquiátricos prévios. Assim, tem início a mudança da concepção do hospital como puramente curativo para a compreensão das afetações que este contexto pode produzir em seus usuários, permitiu a inclusão do psicólogo na equipe multiprofissional (Carvalho *et al.*, 2022).

Nessa perspectiva, o Psicólogo Hospitalar tem feito uma caminhada de elaboração e definição de sua identidade e seu modo de ação em um lugar que até pouco tempo era compreendido como um espaço da medicina. Originária da psicologia clínica, a psicologia hospitalar apresenta características específicas, atuando nas fronteiras institucionais e respeitando as rotinas e regras do âmbito hospitalar. Em processo gradual, a psicologia vem apropriando-se de um modelo de ação do que é vivenciado dentro do hospital, com o intuito de elencar as necessidades dos pacientes e seus

* Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestra em Psicologia. Mestra em Desenvolvimento Regional. Psicóloga. E-mail: mariluzabender@unisc.br

** Psicóloga Hospitalar. Especialista em psicologia Hospitalar e Saúde (CRP/RS). Pós Graduada em Psicologia Puerperal. Preceptora do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC. E-mail: suelenfreitas@unisc.br

*** Psicóloga Hospitalar. Formação em Psicologia Hospitalar. Especialista em Neuropsicopedagogia Clínica. E-mail: estrazulas@unisc.br

familiares, oferecendo atendimento pautado no bem-estar mental, social e físico do indivíduo acometido por algum processo de adoecimento (Santos *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, a práxis da psicologia hospitalar pautou-se no sujeito como ser biopsicossocial, o que evidenciou como os processos saúde-doença são impactados pelos aspectos psicológicos. Nasceram assim práticas não apenas curativas, mas também de prevenção de agravos e de promoção da saúde, principalmente a mental (Simonetti, 2018). Dessa forma, tomou-se como objetivo de pesquisa discutir os desafios enfrentados pelos psicólogos no contexto hospitalar.

Método

Realizou-se um relato de experiência focado na práxis psicológica no contexto hospitalar, pautando-se na revisão da literatura como ancoragem explicativa dos fenômenos vivenciados. Por tratar-se de uma revisão narrativa da literatura e por esta ser complementar ao relato de experiência, não foram definidos critérios de seleção, inclusão e exclusão de estudos a priori.

Discussão teórica e relato de experiência

A inserção do psicólogo no hospital incitou mudanças conceituais e epistemológicas de ordem prática e teórica, implicando na comunicação dialética entre elas. No campo prático, o psicólogo se deparou com um público com demandas distintas da clínica psicológica e com uma equipe multiprofissional de atuação. No campo teórico, novas questões conceituais e lacunas foram identificadas, buscando construir o fazer psicológico neste novo campo de atuação (Carvalho *et al.*, 2022).

No hospital, o sujeito torna-se vulnerável, pois o corpo está adoecido e há diversas preocupações que permeiam o transcorrer da internação. Deste modo, cabe ao psicólogo exercer a função de proporcionar ao paciente reflexões acerca da sua subjetividade, para além do seu processo de adoecimento e com o olhar voltado à saúde mental do enfermo, oferecendo atendimento humanizado para favorecer ao paciente a elaboração psíquica do momento vivenciado (Simonetti, 2018).

O contexto hospitalar permite uma ampla gama de ações para o psicólogo hospitalar. Em nossa práxis, atuamos em distintas unidades, cada uma delas com seus desafios e particulares. Também desenvolvemos atividades de prevenção de agravos em saúde mental, promoção de saúde, acolhimento e atendimento psicológico, principalmente em situações de crises. Conforme traz a literatura, os desafios do psicológico no contexto hospitalar, estão atrelados à dinâmica vivenciada neste ambiente, como a rotina excessiva, as interconsultas multiprofissionais à beira do leito

e as orientações à equipe, assim como a necessidade do registro em prontuário. Desta forma, são aspectos importantes para a concretização do seu fazer profissional que é buscar estratégias com o enfermo com vistas a minimizar os impactos emocionais frente ao processo de hospitalização (Silva *et al.*, 2017).

A regulamentação das atividades do psicólogo dentro da instituição hospitalar foi reconhecida pelo Ministério da Saúde a fim de organizar o atendimento psicológico nos procedimentos de média e alta complexidade. Diante disso, há obrigatoriedade do serviço de psicologia em unidades de terapia intensiva (UTIs), em unidades de assistência à gestação de alto risco, em centros de atendimentos oncológicos, em unidades com internações em instituições geriátricas, atendimento hospitalar à pacientes crônicos, em tratamentos de obesidade e em unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular (CFP, 2007). O psicólogo também compõe a equipe multiprofissional que atua nas enfermarias adultas e pediátricas. Diante disso, cada unidade de internação que compõem a instituição hospitalar possui suas particularidades e desafios para a atuação do psicólogo hospitalar.

Serviço de pronto atendimento: o Pronto Atendimento é a porta de entrada dos pacientes acometidos por acidentes ou enfermidades inesperadas. Estar neste ambiente e deparar-se com a doença podem levar o indivíduo a apresentar demandas emocionais enquanto experiência do sofrimento, que poderá ser alvo de cuidados da equipe (Leite *et al.*, 2018). O sofrimento advindo do adoecer lembra o indivíduo de sua impotência diante do inesperado, coloca-o diante de algo que o desestabiliza e ao mesmo tempo está aparentemente fora de seu alcance modificar. O adoecimento “[...] traz a sensação de que não se é, sequer, dono de si, do seu corpo, quebrando a linearidade da vida e das nossas funções cotidianas” (Barbosa *et al.*, 2007, p. 76).

Unidade de Terapia Intensiva Adulta (UTIA): se caracteriza por ser um espaço controlado, destinado ao cuidado e acolhimento de pacientes em estado grave, que requerem monitoramento constante e assistência de maior complexidade. a internação em uma UTI é um evento potencialmente traumático na vida de um sujeito e de uma família, pois se configura como um ambiente hostil, invasivo e que impacta negativamente a saúde mental dos sujeitos, bem como de familiares e da equipe de saúde (Lima *et al.*, 2017). Desta forma, o desafio do psicólogo quanto ao setting torna-se maior, uma vez que o atendimento precisa ocorrer diante de situações complexas e prioritárias, o que pode colocar o psicólogo em segundo plano e fazer com que a equipe considere sua intervenção apenas como secundária, e não fundamental no processo.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): A atuação do psicólogo nesta unidade pressupõe desafios pela sensibilidade das questões ali vivenciadas, sendo estes

a vinculação e afeto dos pais pelos seus bebês e a linha tênue entre a vida e a morte. Neste contexto, existem gradações que variam entre o sofrimento pela dor do outro até a satisfação pessoal e/ou profissional quando os resultados almejados são alcançados. Assim, independentemente do desfecho clínico, o que justifica a inserção do psicólogo nesta unidade é o fato de que ali existem bebês, mães e pais que estão constantemente sob ameaça (Campos, 2014).

Esta ameaça pode ser vivenciada por diferentes níveis, visto que existe a ameaça real e a ameaça subjetiva que origina-se do sujeito. Desta forma, um diagnóstico potencialmente simples pode ser vivido com a intensidade do limiar entre a vida e a morte, enquanto quadros graves podem ser vistos como problemas pequenos e breves. Por se tratar de sujeitos únicos, cada pessoa viverá a internação do seu bebê ao seu modo (Campos, 2014). Um dos desafios do psicólogo na UTIN é trabalhar com pais que vivenciam a possibilidade de morte iminente do seu filho recém-nascido, pois pesquisas comprovam o maior sofrimento do profissional da saúde de forma geral perante a morte neonatal ou da criança (Bender; Sott; Bedin, 2022).

Outra possibilidade em que a psicologia vem aplicando e ampliando seus conhecimentos e práticas é no âmbito da maternidade, principalmente no contexto hospitalar. O período da maternagem pode ser experienciado com muito entusiasmo pelas mulheres e familiares, sendo vivenciado como um momento gratificante e satisfatório. No entanto, uma parcela destas passam por dificuldades durante o processo gestacional, parto e puerpério, o que torna esta experiência menos gratificante quanto o esperado e idealizado (Barros; Herzberg, 2013). O psicólogo trabalha com as expectativas frustradas e com a maternidade real e imaginária, cuja diferença entre elas pode produzir importante sofrimento psíquico nas famílias, principalmente nas mães.

Outra dificuldade é a gestação de alto risco, que está relacionada a quadros de hipertensão, diabetes, descolamento prematuro de placenta, gestação múltipla, dentre outros. Estas condições afetam a idealização da gestação perfeita e podem ocasionar sofrimento psicológico justamente por haver maior probabilidade de ocorrerem complicações na gestação, exigindo monitoramento frequente (Amorim *et al.*, 2017).

Além disso, a demanda elevada de atendimentos psicológicos voltados ao paciente e/ou seus familiares/acompanhantes, atrelado ao número restrito de psicólogos para realizar este fazer, faz com que o acompanhamento psicológico se torne um grande desafio aos profissionais. Na tentativa de atender todas as demandas, o psicólogo necessita criar estratégias funcionais e objetivas para conseguir dar conta dos

atendimentos, viabilizar os grupos, analisar os casos clínicos e avaliar, através de critérios, quais são os atendimentos considerados de urgência (Silva *et al.*, 2017).

O psicólogo no contexto hospitalar intervém como mediador entre a tríade paciente/família/equipe, com o intuito de compreender estas relações. Desta forma, a equipe de saúde e a família exercem um importante papel no decorrer do processo de adoecimento e na relação do paciente com sua doença. No momento da escuta psicológica, o paciente compartilhará suas limitações, medos, dificuldades, emoções e sentimentos, além das dificuldades de adaptações no ambiente e rotina hospitalar (Pimentel; Lima; Fonseca, 2009).

Perante a diversidade de unidades de atuação do psicólogo no hospital, a solicitação de atendimento também precisa ocorrer de forma diversa. Em nossa experiência, este pode se dar a pedido da equipe médica ou da equipe multiprofissional que esteja auxiliando nos cuidados deste paciente, ou ainda por demanda espontânea do paciente ou familiar/acompanhante. Assim, o psicólogo deverá levar em consideração todo o contexto de vida do sujeito, bem como o histórico prévio de enfermidade, visando o manejo diante do sofrimento psíquico ocasionado pelo processo de adoecimento e a compreensão dos motivos pelos quais o mesmo se encontra hospitalizado. Este cuidado ainda se expande para além do cuidado com o paciente e sua subjetividade. A rede de suporte, familiares e principais cuidadores também apresentam sofrimentos emocionais frente ao processo de adoecimento e hospitalização de seu ente.

Por isto, destaca-se a importância do trabalho do psicólogo na equipe multidisciplinar, considerando que este profissional instrumentaliza o paciente a utilizar mecanismos para minimizar seu sofrimento em situações que são difíceis de enfrentar. Ademais, o psicólogo busca auxiliar o paciente neste processo doloroso que é a internação hospitalar, não com o objetivo de curar a sua patologia, mas dar suporte emocional para que ele possa lidar com o novo contexto. Por se tratar de um trabalho que lida com a subjetividade do outro é de extrema necessidade saber respeitar o desejo do paciente de receber ou não a assistência psicológica (Silva *et al.*, 2017).

Assim, a atuação do psicólogo hospitalar transcorre em diversos espaços no hospital, e, para além dos atendimentos ao paciente, se propõe a garantir o diálogo entre o paciente, família e equipe multidisciplinar, reafirmando a sua intencionalidade de minimizar o sofrimento psíquico vivenciado. Consequentemente, para compreender e validar este processo de sofrimento, é necessário que o psicólogo trabalhe em uma perspectiva diferente do modelo biomédico e legitime que a humanização deste

contexto vai além da prática psicológica, incluindo toda a equipe multidisciplinar (Carvalho *et al.*, 2022).

O psicólogo que atua na instituição hospitalar, possui contato com questões naturais do transcorrer da vida do sujeito, como a doença e a morte. Desta forma, em algumas culturas a morte não é tratada como um tabu, sendo um processo natural. No entanto, na nossa sociedade ocidental a morte é um assunto evitativo. Concomitante a isso, para os profissionais da saúde essa temática também é um tabu, pois aprende-se que a sua função é salvar vidas e a morte pode se caracterizar uma falha profissional. Na tentativa de não validar a dor da perda, muitos profissionais se fecham, pois pensam que tais sentimentos e emoções podem atrapalhar seu desenvolvimento nas atividades laborais. Contudo, o fato de não se permitirem contactar e elaborar essas questões pode gerar ansiedade, sentimento de fracasso ou até desumanização no contato com o enfermo e/ou familiares, o que influencia negativamente nos relacionamentos entre a tríade paciente/família/equipe (Silva *et al.*, 2017).

A prática psicológica hospitalar também inclui a supervisão local de estagiários curriculares de Psicologia e a preceptoria de psicólogos residentes do programa de residência multiprofissional da instituição. Trabalhar com a formação de novos profissionais da psicologia também é um desafio à medida que requer tempo para orientação que muitas vezes não está disponível. Por outro lado, o contato do psicólogo com outros profissionais da sua área de formação e com equipes multiprofissionais enriquece a compreensão dos quadros clínicos e o trabalho voltado ao paciente. Dessa forma, o trabalho do psicólogo hospitalar assume uma razão social ampla, contribuindo com os serviços clínicos do hospital, angariando experiências ricas pela variedade de pessoas e suas particularidades que são atendidas e enriquecendo a sua visão sobre a realidade humana (CRP, 2007).

Considerações finais

A psicologia hospitalar oferta e desempenha atividades em diversos níveis de tratamento, sendo que a principal função é a avaliação e acompanhamento em relação a questões psíquicas do adoecido que decorrem da hospitalização, visando à promoção ou a recuperação da saúde do corpo e do emocional. Proporciona intervenções que facilitam a relação médico e paciente, paciente e família, e do paciente consigo mesmo, e com isso, permite um melhor enfrentamento acerca do seu processo de adoecimento, internação, limitações físicas e fragilidades emocionais que podem emergir durante este processo.

Apesar da inclusão do psicólogo no contexto hospitalar não ser algo recente, a construção da práxis psicológica neste contexto ainda está em constante construção. Desta forma, cabe ressaltar que há necessidade de mudança nas culturas institucionais hospitalares, a fim de que permitam relações mais horizontais, desmistificando o modelo tradicional biomédico, enfatizando uma atuação da equipe multiprofissional efetiva, e permitindo o tratamento integral e humanizado aos pacientes e/ou família/acompanhantes.

Contudo, são muitos os desafios enfrentados pelo psicólogo hospitalar inserido no contexto das instituições de saúde, o que faz buscar estratégias e mecanismos de enfrentamento a fim de modificar e melhorar sua prática. Por ser uma área que lida diretamente com o sofrimento e a subjetividade do outro deve-se também entender os limites enquanto profissionais dentro do ambiente hospitalar, pois este ambiente apresenta limites institucionais aos quais podem impactar o trabalho do profissional de saúde gerando frustrações. Vale ressaltar que a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, que integra a equipe multidisciplinar, propõe-se a promover reflexões acerca do saber e o fazer aos demais cuidados, com o objetivo de proporcionar o cuidado e oferecer amplo suporte ao paciente numa esfera biopsicossocial.

Referências

AMORIM, T. V. *et al.* Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 500-543, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>.

BARBOSA, L. N. F.; PEREIRA, J. A.; ALVES, V.; RAGOZINI, C. A.; ISMAEL, S. M. C. Reflexões sobre a ação do psicólogo em unidades de emergência. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 2, p. 73-81, 2007.

BARROS, I. P. M. de; HERZBERG, E. Movimentos psíquicos de grávidas de primeiro filho frente à maternidade. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 3, n. 2, p. 80-101, nov. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475847410005>. Acesso em: 13 nov. 2023.

BENDER, M. S.; SOTT, M. K.; BEDIN, S. C. A morte em cena: sentidos simbólicos do morrer e repercussões na humanização do cuidado. **Open Science Research VI**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2022. Doi: 10.37885/220910008.

CAMPOS, E. A. L. A atuação do psicólogo em UTI Neonatal: uma experiência para contar. **Psicólogo inFormação**, ano 18, n. 18, jan./dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v18n18p137-143>.

CARVALHO, M. M.; SOARES, A. C. P.; SOUSA, C. P.; ARAÚJO, F. G. A.; AMORIM, J. S.; COELHO, D. E. M.; VIEIRA, R. B. F.; SOUSA, U. B. S.; CARIBÉ, V. J. A.; MAGALHÃES, G. S. Sofrimento e Despersonalização nos Hospitais: os desafios do psicólogo hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, p. e273111739217, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i17.39217>.

Interlocuções entre a teoria e prática no contexto hospitalar

Os desafios da psicologia no contexto hospitalar: uma revisão teórica

DOI: 10.23899/9786589284499.4

CRP - Conselho Regional de Psicologia. **Manual de psicologia hospitalar**. Coletânea ConexãoPsi - Série Técnica. Curitiba, 2007.

LEITE, K.; YOSHII, T.; LANGARO, F. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 145-166, dez. 2018.

LIMA, F.; MARTINS, C. Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 3, p. 207-213, 2017.

PIMENTEL, D. M.; LIMA, D. T.; FONSECA, R. M. **A atuação do psicólogo hospitalar no atendimento aos portadores de câncer de próstata e de mama**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, jun. 2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5071819-A-atuacao-do-psicologo-hospitalar-no-atendimento-aos-portadores-de-cancer-de-prostata-e-de-mama.html>. Acesso em: 14 nov. 2023.

SANTOS, M. P. G.; NEVES, P. T.; LINHARES, T. D. C. O trabalho do psicólogo na unidade de clínica médica: atuação, possibilidade e desafios. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. F. M.; NOGUEIRA, E. L. (orgs.). **Psicologia, saúde e hospital**: contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. p. 183-200.

SILVA, C. S. R. *et al.* Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação. In: XVI SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica. **Anais...** UNIFACS, 2017. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/viewFile/4960/3358>. Acesso em: 14 nov. 2023.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

A Gestalt-terapia no contexto hospitalar: o ajustamento criativo no viés do processo de saúde e doença

Suelen Machado de Freitas*

Georgia Betinardi**

Maria Luisa de Macedo***

Mariluz Sott Bender****

Introdução

A Gestalt-terapia é uma das abordagens teóricas pertencentes à Psicologia, teve seu reconhecimento marcado em 1951, com o lançamento do livro *Gestalt Therapy*, escrito por Frederick Perls, Paul Goodman e Ralph Hefferline e da criação do *Gestalt Institute of New York* por Laura e Fritz Perls, em 1952 (Tellegen, 1984). A abordagem difundiu-se dos Estados Unidos pelo mundo afora, levando consigo questões importantes para o movimento humanista na psicologia, como a auto realização e as potencialidades do ser humano. Nesse sentido, diante do adoecimento, evitam-se rótulos limitantes e leva-se em conta o que a pessoa pode exercer sobre si, a sua experiência singular na relação com o meio (Frazão, 2015).

Para a psicologia hospitalar, o que importa não é a doença orgânica em si, mas as relações que o enfermo tem com o seu sintoma, ou seja, o que o sujeito faz com este processo de adoecimento, a significação que ele dá para este processo, sendo que só pode se chegar a este, através da palavra. Sendo o que diferencia o ser humano dos outros seres é a linguagem, o corpo simbólico (Simonetti, 2004). Assim, é uma área de

* Psicóloga Hospitalar. Especialista em psicologia Hospitalar e Saúde (CRP/RS). Pós Graduada em Psicologia Puerperal. Preceptora do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC. E-mail: psicosuelenfreitas@gmail.com

** Psicóloga Clínica. Pós graduada em psicologia existencial humanista e fenomenológica. E-mail: psicogeorgiabetinardi@gmail.com

*** Psicóloga Clínica e Educacional (CRP/RS). Pós Graduada em Saúde Pública (UFRGS; ESP/SES-RS). Mestra em Desenvolvimento Regional (UNISC). E-mail: marialuisa-macedo@hotmail.com

**** Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Doutoranda em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestra em Psicologia. Mestra em Desenvolvimento Regional. Psicóloga. E-mail: mariluzabender@unisc.br

atuação de compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos relacionados há algum processo de adoecimento patológico que podem acarretar em uma vasta produção psicológica, incluindo sofrimentos emocionais e psíquicos.

Ao trazer a Gestalt-terapia para o acompanhamento de pacientes no contexto hospitalar, percebe-se a importância de reconhecer a qualidade da experiência do sujeito, o modo como encontrou a melhor forma possível diante do sofrimento relacionado ao adoecer. O ajustamento criativo trata-se da forma de como o sujeito contata e se adapta com o meio. Assim, ajustamento diz respeito a forma de como esta situação é experienciada, no sentido de ação e criativo é a nova resposta realizada, para o momento vivenciado. Enquanto o ajustamento afirma a dimensão relacionada à realidade, a criação está interligada com a dimensão da fantasia e assim, amplia as possibilidades (Robine, 2006 *apud* Berri, 2020).

Diante disso, o objetivo deste estudo é delinear uma compreensão das possibilidades de aplicação da Gestalt-terapia no contexto hospitalar, através da experiência de uma profissional com orientação nesta abordagem. A metodologia trata-se de uma revisão teórica conceitual da Gestalt-terapia, associado ao trabalho vivenciado no hospital, através de busca de produções científicas disponíveis em bases de dados do Google Acadêmico e biblioteca virtual Pearson. Através de estudos empíricos científicos, faz-se necessário a contextualização acerca desta abordagem, bem como as possibilidades de intervenção gestáltica no contexto hospitalar. Ao identificar as contribuições gestálticas, ensejamos colaborar para o aprimoramento do atendimento psicológico no contexto hospitalar, assim como o ajustamento criativo da pessoa frente ao processo de saúde e doença.

A psicologia hospitalar

O Psicólogo Hospitalar tem feito uma caminhada de elaboração e definição de sua identidade e seu modo de ação em um lugar que até pouco tempo era compreendido como um espaço da medicina. Originária da psicologia clínica, a psicologia hospitalar apresenta características específicas, atuando nas fronteiras institucionais respeitando suas rotinas e regras do âmbito hospitalar. Em um processo gradual, a psicologia vem apropriando-se de um modelo de ação do que é vivenciado dentro do hospital, com o intuito de elencar as necessidades dos pacientes e seus familiares, oferecendo um atendimento acerca do bem estar mental, social e físico do indivíduo acometido por algum processo de adoecimento (Santos; Neves; Linhares, 2015).

Neste sentido, o psicólogo hospitalar oferta e desempenha atividades em diversos níveis de tratamento, sendo que a principal função é a avaliação e acompanhamento em

relação a questões psíquicas do adoecido que estão em um processo de hospitalização, visando à promoção ou à recuperação da saúde do corpo e emocional. Proporciona intervenções que facilitam a relação médico e paciente, paciente e família, paciente consigo mesmo, e com isso um melhor enfrentamento acerca do seu processo de adoecimento, hospitalização e fragilidades emocionais que podem emergir do decorrer deste processo (Gibello *et al.*, 2017).

A Gestalt-terapia no hospital

A Psicologia da Gestalt-terapia, tem como base o crescimento do sujeito, para que se faça responsável por si mesmo, considerando a melhor condição possível no campo indivíduo-ambiente (Frazão, 2015). A abordagem tem por objetivo estimular e unir as situações inacabadas do passado que não conseguimos contatar para a nossa existência, que são denominadas como Gestalten incompletas. Neste sentido, percebe-se a necessidade de descrever alguns dos conceitos considerados fundamentais para explicar a forma de entendimento que a abordagem da Gestalt-terapia tem sobre o ser humano e como ela agrega no tratamento de pacientes na área hospitalar.

O conceito “aqui e agora” se destaca na Gestalt-terapia, explica que o passado já passou e o futuro ainda não aconteceu, desta maneira, se o sujeito não estiver em contato com seu presente, não poderá estar em contato com a sua respectiva realidade. Assim, a Gestalt-terapia tem como prioridade conduzir o paciente que tome consciência de seu presente e, assim, possa experienciar verdadeiramente sua realidade (Perls, 2002).

No entanto, não significa que falar sobre o passado não seja importante, mas somente quando necessário, ou seja, quando algo do passado esteja afetando o presente. Pois embora o acontecido tenha se originado no passado, o modo que o sujeito está sentindo, seus recursos de ajustamentos, também como o processo de cura, dão-se agora, no presente (Perls, 2002). Desta forma, o não falar do passado quando necessário no presente, pode fazer tão mal quanto falar do passado para evitar algo que nos incomode no presente. O conceito entende que por mais que os fatos tenham se originado no passado, ou seja, tenha iniciado no tempo anterior, a forma de patologia e a saúde se dão no aqui e agora, ou seja, no presente (Costa, 2014).

A *awareness*, refere-se ao perceber em nível mental, corporal e emocional, o que ocorre em conjunto, no seu meio interno e externo. É o estar em contato, no “entre” indivíduo/meio, em plena consciência. O contato é o reconhecimento das diferenças, é a experiência de vivências com o meio, é a forma como nos modificamos no

mundo, e como o modificamos, é onde ocorre a possibilidade da nossa evolução (Pinto, 2016).

A Gestalt-terapia tem por objetivo expandir a consciência da pessoa sobre o seu modo de se relacionar com o mundo, com outros e consigo, acentuando que possa ter autonomia sobre sua vida (Freitas, 2010). Este processo para esta abordagem, é conhecido como autossuporte. Como o sujeito é elemento de um todo, sempre haverá interdependência na relação homem e o meio, sempre haverá influência de um sobre o outro. Mas o homem que puder viver em contato íntimo com sua sociedade, sem ser profundamente afetado, é porque compreende esta relação, podendo ser seu auto apoio, ou seja, seu próprio braço forte para momentos de turbulência (Andrade, 2014).

Uma das possibilidades de atendimento psicológico no contexto hospitalar é a psicoterapia de curta duração. Esta modalidade de atendimento tem por finalidade buscar junto ao paciente uma linha de ação com objetivos delimitados (Pinto, 2016). É no cuidado com o outro que se encontra o valor do ser humano, na ética, na responsabilidade, na aliança, na formação de vínculos que a mudança ocorre. É necessário que o terapeuta assuma o lugar de quem cuida, e deixe que o paciente seja como é e como pode ser. A psicoterapia é fundamental para o autoconhecimento e o crescimento pessoal e, para a abordagem gestáltica, a relação terapeuta-cliente é caracterizada pela empatia, vínculo e confiança (RAMOS, 2018). A Gestalt-terapia considera que é preciso acontecer envolvimento, já que a relação construída é a melhor ferramenta deste processo, acreditando assim que todos nós sujeitos somos constituídos pelas nossas relações (FREITAS, 2010).

Pimentel (2002, p. 54), indica sobre o diagnóstico colaborativo e interventivo, refere-se ao reconhecimento dos significados ou invés de padronizar acerca do diagnóstico em si. Ou seja, ocorre a participação do indivíduo, permitindo a ele “apontar o que gostaria de fazer e saber acerca de seu próprio comportamento”. Saber sobre o que a doença faz com o seu corpo, e quais suas opções e ações frente ao seu processo. Neste sentido, contextualiza que o diagnóstico colaborativo e interventivo é um esforço em manejar com o sujeito a compreensão sobre sua real condição e sobre o que pode ser feito, sobre os caminhos que pode percorrer e como deseja fazer.

Fundamentada na tríade atitude, planejamento e foco é uma ferramenta valiosa para utilizar no cuidado com o outro nos centros de saúde. Cabe ressaltar, que embora o método tenha suas particularidades, igualmente às psicoterapias tradicionais é fundamentada por teoria e técnica. Neste formato é possível trabalhar em diferentes situações, tais como: situações de crise, perdas dolorosas, acidentes e cirurgias.

Também é indicado para sintomas que caracterizam fobias, distúrbios alimentares, adicções entre muitas outras situações (Pinto, 2016).

O ajustamento criativo frente o processo de saúde e doença

Conforme Ribeiro (2009, p. 84-86) o termo “biopsicossocioespíritual” é utilizado para definir o ser humano e o seu processo de saúde e doença. Acredita ser a forma mais completa, pois “Somos corpo, mente, ambiente, espírito, e vivemos ao mesmo tempo, numa metafísica inter-relação com o mundo.”, enfatizando que o conceito espírito é a capacidade de evolução do ser humano. A abordagem da Gestalt-terapia procura compreender o homem no sentido mais profundo de sua existência, acreditando nele como um ser de grandes potencialidades. Assim, traz a reflexão sobre as práticas realizadas nas instituições que promovem saúde e cuidado (Ribeiro, 2009).

Neste mesmo sentido, o termo saúde se caracteriza por hábitos na vida do sujeito, que o permite experienciar sua existência de modo que lhe proporcione prazer, que possa produzir sentidos subjetivos para sua vida, independente das limitações impostas pela sua patologia. Por exemplo ao paciente em estado terminal, não se exclui a possibilidade de experienciar a vida, deste modo deve-se valorizá-lo em sua existência dentro do contexto que está vivenciando (Freitas, 2010).

A Gestalt-terapia percebe o desenvolvimento e crescimento, tanto do adulto quanto da criança, como sujeitos em permanente evolução, que estão continuamente em busca para a satisfação das suas necessidades emergentes. Os sujeitos vão em busca da autorregulação e ajustamentos criativos (que podem ser funcionais ou disfuncionais) que é caracterizado pela forma que a pessoa encontra para alcançar seu equilíbrio através dos recursos que dispõe no momento (Barbosa, 2011).

Cardella (2014, p. 114), explica que “[...] ajustar-se criativamente é a capacidade de pessoalizar, subjetivar e se apropriar das experiências que acontecem no encontro com a alteridade, processo contínuo no campo organismo/meio”. Ou seja, o ajustamento criativo é a capacidade de sobrevivência, a maneira que o ser humano encontra para suprir suas necessidades físicas e psicossociais (D’Acri; Lima; Orgler, 2016).

Os ajustamentos sem criatividade, são chamados de adaptação excessiva, conformismo, cristalização. Explica que a cristalização estrutural é a inércia do passado no presente. Entretanto é importante ressaltar estas adaptações, como por exemplo o adoecimento e as organizações defensivas também são formas de ajustamentos criativos, porém, disfuncionais, pois ainda são reações autorreguladoras, mesmo que sejam danosas (Cardella, 2014).

Desta forma, no ajustamento criativo o relacionamento entre a pessoa e o meio ocorre de modo que há responsabilidade e engajamento da mesma na condução de sua vida, sendo capaz de contatar, reconhecer e lidar com seu espaço de vida, criando as condições que conduzirão ao seu próprio bem-estar. Neste sentido, o bem-estar para a Gestalt-terapia é a capacidade do indivíduo enfrentar as dores que cercam a evolução, é encarar este desenvolvimento com responsabilidade (Cardella, 2014).

Considerações finais

A Gestalt-terapia no contexto hospitalar, permite que sejamos inseridos na relação de maneira acolhedora, levando em conta a relação dialógica, bem como seus demais princípios básicos, através do processo fenomenológico existencial da psicoterapia que acontece no “entre”. Neste sentido, visa compreender o sujeito como um todo e dentro de suas possibilidades, posteriormente, ampliando suas fronteiras de contato, de modo que este possa ajustar-se criativamente ao meio e a vivência no aqui e agora.

Proporcionar espaço de fala, escuta e acolhimento da tríade paciente, família e equipe, é de suma importância, pois quando compartilham sua perspectiva, modelando a descrição fenomenológica, auxiliando a pessoa a perceber ou compreender algo acerca do momento vivenciado, é possível favorecer a *awareness*. Dentro do contexto hospitalar, onde o paciente fica fragilizado e conectado a um sistema em que o corpo é objeto e não a sua subjetividade, cabe ao psicólogo estimular que o paciente seja protagonista da sua própria existência.

Diante do processo terapêutico, incluir, aceitar, respeitar e afirmar os sintomas trazidos para o atendimento psicológico e a forma que a pessoa compreende o processo terapêutico e o seu processo de adoecimento, sendo ele físico ou emocional, é uma das formas que contribuir para a evolução do mesmo. Assim, nós enquanto terapeutas que atuamos sob a orientação da Gestalt-terapia, devemos refletir, acreditar e reforçar as potencialidades da pessoa.

Ademais, cabe ressaltar que diferentemente da clínica tradicional, o psicólogo hospitalar trabalha com a subjetividade do paciente em seu processo de adoecimento e que por muitas vezes o paciente não vai em busca deste profissional e sim o psicólogo busca pelo sujeito, desta forma o acolhimento e o atendimento humanizado são primordiais para o vínculo e processo terapêutico.

Referências

- ANDRADE, C. C. Autossuporte e heterossuporte. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: Conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.
- BARBOSA, P. A criança sob o olhar da Gestalt-terapia. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14, 2011. Disponível em: <https://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=333&layout=html>. Acesso em: 25 set 2023.
- BERRI, B. A esperança como ajustamento criativo: reflexão dos processos de saúde, doença e morte em Gestalt-terapia. **Phenomenological Studies - Rev da Abordagem Gestáltica**, v. XXVI-3, 2020, p. 351-360. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863712>. Acesso em: 30 set 2023.
- CARDELLA, B. H. P. **O amor na relação terapêutica: uma visão gestáltica**. 4 ed. São Paulo: Summus, 1994.
- COSTA, V. E. S. M. Temporalidade: aqui e agora. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: Conceitos fundamentais**. São Paulo: [s.n.], 2014.
- D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. São Paulo: Summus, 2016.
- FRAZÃO, L. M. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015.
- FRAZÃO, L. M. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.) **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.
- FREITAS, J. L. **Experiência de adoecimento e Morte: diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2010.
- GIBELLO, J., et al. **O psicólogo no Hospital: da prática assistencial à gestão de serviços**. 1. ed. São Paulo: Blucher, 2017. v. 1. 496p.
- KERNKRAUT, A. M.; SILVA, A. L. M.; GIBELLO, J. (Org.) **O Psicólogo no Hospital: Da prática assistencial à gestão de serviço**. São Paulo: Blucher, 2017.
- PERLS, F. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud**. Tradução Georges D. J. Bloc Boris. São Paulo: Summus, 2002.
- PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2002.
- PINTO, Ê. B. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica**. São Paulo: Summus, 2016.

Interlocuções entre a teoria e prática no contexto hospitalar

A Gestalt-terapia no contexto hospitalar: o ajustamento criativo no viés do processo de saúde e doença

DOI: 10.23899/9786589284499.5

RAMOS, T. C. C. **Acolhimento e cuidado**: A Gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico. Dissertação (Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34128/1/2018_Tha%3%adsCarneiroCostaRamos.pdf.

Acesso em: 13 abr. 2020.

RIBEIRO, J. P. **Holismo, ecologia e espiritualidade**: caminhos de uma gestalt plena. São Paulo: Summus, 2009.

SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. F. M.; NOGUEIRA, E. L. de (Org.) Psicologia, Saúde e Hospital: Contribuições para a prática profissional. In: SANTOS, M. P. G.; NEVES, P. T.; LINHARES, T. D. C. O **Trabalho do Psicólogo na Unidade de Clínica Médica**: atuação, possibilidade e desafios. Belo Horizonte: Ed. ARTESÃ, 2015. p. 183-200.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**: O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TELLEGEN, T. A. **Gestalt e grupos**: uma perspectiva sistêmica. São Paulo: Summus, 1984.

Editora CLAE

2023