

Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas

Rui Maia Diamantino
(Organizador)



 **Atena**
Editora

Ano 2019

Conhecimento e Diversidade em Psicologia: Abordagens Teóricas e Empíricas

Rui Maia Diamantino
(Organizador)



 **Atena**
Editora

Ano 2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C749	Conhecimento e diversidade em psicologia [recurso eletrônico] : abordagens teóricas e empíricas / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF. Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-732-1 DOI 10.22533/at.ed.321192319 1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. I. Diamantino, Rui Maia. CDD 150
Elaborado por Maurício Amormino Júnior CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Esta publicação apresenta a diversidade da Psicologia não somente quanto ao objeto de interesses de pesquisa como, também, nas abordagens que embasam as investigações. Nesse sentido, a filosofia heideggeriana comparece com colaborações diversas tais como a filosofia em si e as questões contemporâneas articuladas ao âmbito do trabalho nas organizações. Quanto a estas, a discussão sobre o diagnóstico organizacional, presente em um dos estudos, faz o contraponto com o olhar fenomenológico, enriquecendo a discussão sobre a natureza do trabalho.

Verifica-se, também, a busca de embasamento em Piaget e Kohlberg, cada qual na sua perspectiva em torno do desenvolvimento moral. Visa-se, com isso, discutir aspectos da educação, sendo que, de Piaget e seus princípios da formação do pensamento, propõe-se uma discussão sobre o objeto abstrato da matemática.

A avaliação psicológica também é tratada aqui no campo do comportamento da estética cirúrgica buscando uma interface com a Medicina, qual seja, os aspectos psicológicos que estão implicados nos processos de mudanças da imagem corporal e a necessidade de avaliação prévia e *a posteriori* dos possíveis efeitos dos procedimentos cirúrgicos. Esse é um tema bastante atual e que abrange uma esfera multidisciplinar.

O estudo da infância e das políticas públicas também comparecem neste volume, propondo contribuições para a sociedade e a cidadania desde os anos iniciais dos indivíduos, centradas na importância do brincar (que é coisa muito séria na Psicologia). A Psicologia na educação é aqui considerada como capaz de produzir potência nos ambientes onde se processa o aprendizado, respeitando a condição da criança em seu desenvolvimento físico e mental.

A atuação hospitalar, vista como meio de atendimento humanizado e não apenas centrada no modelo biomédico, ou seja, visando os sintomas do corpo como indicativo de adoecimento, é discutida sob o ponto de vista de duas experiências que mostram a importância da subjetividade no campo do acolhimento em saúde. Em ambos os relatos, o atendimento hospitalar vai além do ponto de vista fisiológico da demanda hospitalar para focar as lentes sobre o sujeito que sofre, sobretudo psiquicamente.

Finalmente, destaca-se a contribuição sobre o conceito e a representação em ciência por estudantes que iniciam sua vida universitária, experiência colhida na Universidade de Buenos Aires. Trata-se de uma substancial discussão que traz aportes diversos e cotejos de caráter epistemológico a partir da questão sobre o que afinal, é ciência.

Com esta diversidade de temas, reafirma-se o caráter amplo da Psicologia, sua abrangência de saberes e práticas. Que essa diversidade possa ser de proveito ao leitor e à leitora deste volume.

Bons estudos, boa leitura!

Rui Maia Diamantino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
COMPREENSÕES SOBRE O INFINITO MATEMÁTICO	
Cristina Cavalli Bertolucci	
DOI 10.22533/at.ed.3211923191	
CAPÍTULO 2	14
DEL CAMBIO CONCEPTUAL A LA RE-ESTRUCTURACIÓN REPRESENTACIONAL: ESTUDIO DE CASO A PARTIR DE LA NOCIÓN DE CIENCIA QUE POSEEN LOS INGRESANTES A LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES	
Mariela Genovesi	
DOI 10.22533/at.ed.3211923192	
CAPÍTULO 3	29
EXISTÊNCIA E FINITUDE DA MORTE COMO HORIZONTE DE SINGULARIZAÇÃO À TÉCNICA COMO FIM DO TEMPO	
Paulo Victor Rodrigues da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3211923193	
CAPÍTULO 4	36
A PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-HERMENÊUTICA E A DES-MEDIDA DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE	
Elina Eunice Montechiari Pietrani	
DOI 10.22533/at.ed.3211923194	
CAPÍTULO 5	48
MUDANÇAS DO COMPORTAMENTO EMPRESARIAL ATRAVÉS DO DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	
Diana Sara Soligo	
Jaqueline Paholski	
Jaqueline Samara Oliveira Alba	
Juliana Antônia Partichelli Santin	
Cristina Ribas Teixeira	
Nadine Teixeira Piloni Fabiani	
Patrícia Di Francesco Longo	
Gisele Maria Tonin da Costa	
Lisiane Borges da Silva	
Antoniéle Carla Stephanus Flores	
DOI 10.22533/at.ed.3211923195	
CAPÍTULO 6	60
O BRINCAR NA PRIMEIRA INFÂNCIA E A SUA GARANTIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS	
Caroline Marques da Silva	
Roseli Fernandes Lins Caldas	
DOI 10.22533/at.ed.3211923196	

CAPÍTULO 7	75
AMBIENTE SOCIO MORAL E A CONSTRUÇÃO DA MORALIDADE NAS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Heloisa Braga Santos Ana Cláudia Saladini	
DOI 10.22533/at.ed.3211923197	
CAPÍTULO 8	87
A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTES DE CIRURGIAS PLÁSTICAS: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM PROFISSIONAIS DA ÁREA	
Gabriela Carolina de Assis Rodrigues Sandra Fernandes de Amorim	
DOI 10.22533/at.ed.3211923198	
CAPÍTULO 9	110
PSICOLOGIA DA SAÚDE: O ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA SALA DE OBSERVAÇÃO DE UMA UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR	
Cali Rodrigues de Freitas Cybele Carolina Moretto	
DOI 10.22533/at.ed.3211923199	
CAPÍTULO 10	124
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: AS DIFERENÇAS ENTRE URGÊNCIA MÉDICA E URGÊNCIA SUBJETIVA	
Priscila Borges Lyons Rui Maia Diamantino	
DOI 10.22533/at.ed.32119231910	
CAPÍTULO 11	136
TERAPIA PERIPATÉTICA DE GRUPO: UMA SITUAÇÃO CLÍNICA	
Demétrius Alves de França	
DOI 10.22533/at.ed.32119231911	
SOBRE O ORGANIZADOR.....	139
ÍNDICE REMISSIVO	140

PSICOLOGIA DA SAÚDE: O ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA SALA DE OBSERVAÇÃO DE UMA UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR

Cali Rodrigues de Freitas
Cybele Carolina Moretto

Universidade Paulista, Sorocaba-SP

RESUMO: O presente artigo relata a experiência de estágio em Psicologia Hospitalar de uma estudante de graduação do curso de Psicologia que ocorreu em uma unidade pré-hospitalar de uma cidade do estado de São Paulo. O projeto realizado pela estagiária abrangeu o atendimento psicológico a pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica com faixas etárias entre 7 e 82 anos de idade. Os objetivos do projeto compreendiam, basicamente, acolher, escutar e orientar pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica. O instrumento utilizado para realização dos atendimentos foi a entrevista psicológica diagnóstica. Os resultados apontaram que as pessoas atendidas receberam de forma positiva o cuidado global que lhes foi destinado através da inserção da estagiária de psicologia na sala de observação. Nas muitas ocasiões em que houve intervenção psicológica, as pessoas atendidas tiveram seu sofrimento amenizado, assim como uma maior reflexão sobre o “estar doente”. Configurou-se, dessa maneira, uma atuação humanizada para com as pessoas atendidas num ambiente hospitalar, onde por vezes, “somente o corpo é tratado”.

PALAVRAS-CHAVE: psicologia hospitalar, acolhimento, sala de observação.

HEALTH PSYCHOLOGY: THE HUMANIZED RECEPTION IN THE OBSERVATION ROOM OF A PRE-HOSPITAL UNIT

ABSTRACT: This article describes the experience of internship in Hospital Psychology from a graduate student in the Psychology course that took place in a pre-hospital unit of a city in the state of São Paulo. The project carried out by trainee covered the psychological care for patients, families, caregivers and crew with ages between 7 and 82 years old. The objectives of the project comprised basically accept, listen and guide patients, families, caregivers and crew. The instrument used for conducting the sessions was the psychological diagnostic interview. The results showed that people cared received positively overall care that they were intended by the insertion of a psychology intern in the observation room. In many occasions when there was psychological intervention, people had met their suffering alleviated, as well as a greater reflection on the “sick”. In this way it was configured a humanized operation catered to people in a hospital setting where sometimes “only the body is treated”.

KEYWORDS: hospital psychology, reception, observation room

1 | INTRODUÇÃO

A prática psicológica no âmbito da Psicologia da Saúde vem se estabelecendo de acordo com as mudanças de paradigma nos conceitos de saúde e doença. Segundo Baptista e Dias (2012) em 1948 houve uma mudança no conceito de saúde passando de ausência de doença para um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde), ampliando a concepção de saúde. Ao mesmo tempo, limitou o que é ser saudável, pois é impossível ser completamente nessas três esferas.

Além disso, a saúde não deve ser tomada como ausência de sintomas, posto que um indivíduo pode se encontrar enfermo sem demonstrá-los, ratificando-se que o ser humano deve ser avaliado de forma multideterminada. A nova compreensão de saúde surgiu também a partir do crescimento dos custos da assistência à saúde, da extensão dos serviços de saúde à comunidade e do aumento da capacidade crítica nas instituições de saúde (BAPTISTA; DIAS, 2012).

Nesse sentido, Ismael (2006, p. 17-18) sugere que a psicologia tem muito a contribuir no cenário da promoção da saúde quando esclarece:

[...] a Psicologia precisa reconhecer seu potencial de contribuição no controle da doença e na promoção da saúde física. A Psicologia é a ciência cujo objeto de estudo inclui a análise, predição e a modificação dos fatores que afetam o comportamento. Dentre as diversas áreas de estudo a Psicologia da Saúde tem sido definida como um agregado de contribuições específicas das áreas, educacional, científica, profissional e, porque não dizer, institucional. Visa à promoção e à manutenção da saúde física e emocional, a prevenção e o tratamento das doenças e a identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde. Em um sentido mais abrangente pode promover ainda, a análise, formação e melhoria do sistema de saúde.

Um dos maiores desafios dos profissionais de psicologia, implicados socialmente com os fatores que cercam o adoecer humano, é a superação da prática clínica em favor da disseminação de um fazer psicológico contextualizado e com olhar global para o indivíduo. Nessa perspectiva, Ismael (2006, p. 18) problematiza a precariedade da saúde de nossa população, considerando que ter saúde é um privilégio para poucos. Portanto, conceitua:

[...] um dos objetivos do psicólogo que atua na área hospitalar é tentar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família. O trabalho é focal, centrando-se no sofrimento e nas repercussões que o paciente sofre com a doença e a hospitalização, associado a outros fatores como história de vida, a forma como ele assimila a doença e seu perfil de personalidade.

No que diz respeito ao cuidado integral do indivíduo em um ambiente hospitalar, não se pode esquecer que o ser humano tem a sua compreensão sobre sua doença, a partir de sua vivência. Assim como destaca Bianchini e Dell'aglio (2006, p. 430) “Este novo olhar humanizado permite que o paciente, ao chegar ao hospital, traz consigo, além da doença, sua história de vida”.

1.1 Justificativa

O projeto de estágio se pautou na ampliação dos conhecimentos no campo da Psicologia da Saúde, fazendo a interface entre teoria e prática pela inserção de estudantes de psicologia em uma unidade pré-hospitalar. Além disso, os convênios entre instituições públicas e universidades efetivam uma profissionalização mais próxima da realidade estrutural e social da cidade.

Prioritariamente, as intervenções propostas foram ao encontro de complementar um trabalho interdisciplinar no atendimento à complexidade do estado de adoecimento do ser humano, demonstrando que ele possui várias facetas, as quais devem ser consideradas para que o cuidado com o cidadão seja efetuado de forma justa, ética e empática.

1.2 Objetivo geral

Acolher, escutar e orientar pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica em uma sala de observação.

1.3 Objetivos específicos

- Amenizar o sofrimento, por meio da compreensão das angústias, temores, da história de vida e dificuldades, de pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica;
- Desmistificar expectativas em relação à hospitalização através da verbalização de sentimentos;
- Promover a circulação dos discursos sobre o papel da psicologia dentro de um ambiente hospitalar.

2 | METODOLOGIA

2.1 Sujeitos

Pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica com idades entre 7 e 82 anos de idade.

2.2 Instrumentos

A fim de aceder às pessoas atendidas no ambiente hospitalar, a técnica considerada apropriada para o contexto foi a entrevista psicológica diagnóstica que de acordo com Bleger (1998, p. 40):

[...] é sempre uma experiência vital muito importante para o entrevistado; significa, com muita frequência, a única possibilidade que tem de falar o mais sinceramente possível de si mesmo com alguém que não o julgue, mas que o compreenda. Dessa maneira, a entrevista atua sempre como um fator normativo ou de aprendizagem, embora não se recorra a nenhuma medida especial para conseguir isso. Em outros termos, a entrevista diagnóstica é sempre, e ao mesmo tempo, em parte, terapêutica.

Ao se entrevistar as pessoas atendidas se percebia que se configurava a interação entre entrevistadora e entrevistados/as no sentido de que se pode interpretar e intervir, fazendo-se correlações entre aquilo que foi comunicado e priorizando o benefício aos entrevistados/as (Bleger, 1998). Além disso, utilizou-se o conceito de *holding*, que conforme a definição de Winnicott (1994, p. 230) na entrevista diagnóstica:

[...] o consultor ou especialista não precisa tanto ser arguto quanto capaz de proporcionar um relacionamento natural e de livre movimentação dentro do *setting* profissional [...]. Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional – uma forma de sustentação (*holding*) [...].

2.3 Descrição da demanda

A cidade em questão contava com duas unidades pré-hospitalares, uma na zona norte e outra na zona oeste. A unidade da zona oeste atendia emergências, possuía laboratório para exames, fazia encaminhamentos para internação em outras unidades de saúde e o tempo máximo de permanência para a população atendida era, aproximadamente, doze horas.

De acordo com uma entrevista com a coordenadora da unidade hospitalar, a estagiária foi informada que poderia agir, efetivamente, na sala de observação da unidade. Neste local, segundo a coordenadora, os pacientes necessitavam de maior acolhimento devido ao tempo que permaneciam em recuperação e aguardando remoções para outras unidades de internação.

Conforme a estagiária foi se apropriando do campo, percebeu que o trabalho a ser feito na unidade se referiria, substancialmente, ao acolhimento humanizado dos pacientes, acompanhantes, familiares e equipe técnica. A sensação de fragilidade e vulnerabilidade das pessoas suscitadas pelo ambiente hospitalar solicitava que houvesse acolhimento, escuta, compreensão e orientação com o propósito de amenizar sofrimentos, temores e dificuldades frente à hospitalização.

2.4 Procedimento

O estágio se efetivou por meio de visitas semanais, num total de dez visitas, à instituição hospitalar, com duração de três horas de permanência na sala de observação da unidade. O espaço terapêutico se promoveu, essencialmente, pela escuta psicológica aos pacientes, familiares, acompanhantes e equipe técnica,

considerando-se o que explicita Cardinalli (2004, p. 99) sobre o adoecer:

Vê-se que a doença e a saúde estão orientadas, ao mesmo tempo, pelo *poder realizar* e pelo *ser livre*, isto é, pela habilidade do homem de realizar seu existir e pelo comportamento mais ou menos livre diante do que encontra. Na doença, ocorre uma privação mais acentuada de realizar livremente seu existir, enquanto na saúde, esse realizar se mostra pelo poder dispor mais livremente das possibilidades de relação que se apresentam na abertura do mundo de uma pessoa específica.

Os atendimentos ocorreram de forma dinâmica, sendo a disponibilidade da estagiária o disparador para o acolhimento. Portanto, de acordo com a demanda e a solicitação da equipe técnica, a atuação se deu no momento que se apresentou a necessidade.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro dia em que estive na unidade, durante a maior parte do tempo, percebi que não havia muita comunicação entre as pessoas da equipe técnica. A equipe técnica e os acompanhantes e familiares dos pacientes se movimentavam de forma dinâmica. Tendo conversado com algumas pessoas percebi que minha atuação seria de grande auxílio, ao que se refere, à escuta psicológica. Dentro do ambiente hospitalar, na maioria das vezes, a equipe técnica devido à demanda de trabalho, não tem condições de abarcar o pedido de ajuda emocional dos pacientes.

Nessa perspectiva, coube-me ser uma agente facilitadora nas relações entre equipe técnica e paciente/família. Desse modo, a atuação envolveria orientar quanto aos fatores de riscos psicológicos presentes no contexto hospitalar, facilitando as interrelações, planejar estratégias terapêuticas conjuntas para melhor atingir os objetivos de assistência aos pacientes e oferecer suporte psicológico aos membros da equipe quando necessitassem (BAPTISTA; DIAS, 2012).

De acordo com que o estágio avançava, fui percebendo de forma mais incisiva, o quanto atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, amenizava o sofrimento e modificava o modo de olhar para o ser humano. Ao observar o atendimento despendido por uma das enfermeiras a duas crianças, percebi sua dificuldade em considerar o sofrimento, medo e dor das crianças devido à hospitalização.

Acredito que o trabalho em um hospital seja muito desgastante para as enfermeiras, entretanto, isso não deveria as eximir de ter a premissa de que atuam com seres humanos fragilizados. Dessa maneira, inferi que a própria instituição hospitalar se encontrava adoecida, pois os funcionários não estavam sendo cuidados para que pudessem desempenhar um trabalho mais humanizado. Nesse sentido, Ismael (2006, p. 19) explicita:

É ilusório pensar que o tratamento é sempre visto pelo paciente como uma experiência benéfica e desejável. A literatura sugere amplamente que tratar a doença implica uma série de ameaças: à integridade física, à auto-imagem (muito

relevante no caso de cirurgias, principalmente as mutiladoras), ao equilíbrio emocional e ao ajustamento a um novo meio físico e social. O ambiente hospitalar, o tratamento e a manipulação do paciente por pessoas desconhecidas agridem-no tanto física quanto emocionalmente.

As instituições de saúde possuem dificuldades para prestar um atendimento humanizado e de forma global aos pacientes, que vão desde as estruturais até ausência de equipe multidisciplinar. Evidenciou-se essa carência no que se referiu à prestação de serviço e cuidados despendidos a pessoas em situação de vulnerabilidade social, como um morador de rua. Além disso, a equipe técnica relatou outras situações de atendimento correlatas em negligência efetuadas por médicos. Nesse sentido, Ismael (2006, p. 19) assinala que o cuidado com a saúde da população envolve vários aspectos como:

Nós temos visto, com o decorrer dos anos que, apesar de a alta tecnologia médica ocidental estar realizando grandes prodígios nos campos da cura e do diagnóstico, esse esforço não é suficiente para garantir a saúde da nossa população. O que temos observado, ainda, é que essas técnicas de diagnósticos fazem do médico grandes especialistas que não tem tempo mais de OUVIR seu paciente na sua totalidade. Tratar é indiscutivelmente necessário, mas é preciso mobilizar na população uma mentalidade de responsabilidade individual na saúde e na prevenção das enfermidades. O profissional deve manter a compreensão exata dessa questão e avaliar dados subjetivos do paciente, podendo assim contribuir para que haja aderência ao tratamento médico e que ele possa participar ativamente do processo de hospitalização. No processo de reabilitação do paciente, é preciso incentivá-lo a investir na qualidade de vida, mesmo que para isto seu estilo de vida tenha de ser modificado. É necessário ajudar o paciente a recuperar as suas funções de acordo com sua forma de existir e ser.

Moretto (2007, p. 8) também esclarece sobre a saúde mental:

A nova Política em Saúde Mental propõe transformar o modelo assistencial e construir um novo estatuto social, mas ainda esbarra em muitas dificuldades para sua realização. A garantia dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, levando em conta os princípios e diretrizes do SUS e a luta por um novo modelo de assistência, propõe a criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial, de base comunitária.

Em relação ao trabalho da equipe técnica, refletiu-se que poderia ser avaliado, tanto pelos seus próprios membros, quanto pelos membros da gestão institucional, no intuito de ressignificar as práticas à luz, por exemplo, do que propõem Mello e Ravagnani (2009, p. 65-66) sobre o humanizar:

A utilização do termo **amenização** é uma provocação, uma vez que a expressão **humanizar** dá a entender que o problema está naquilo que não é humano. Todavia, a postura mal humorada, agressiva e descompromissada faz parte dos valores humanos. Podem não ser positivos estes valores, mas ainda sim são humanos. Portanto, a questão não é focar a inexistência de humanidade e buscar humanizar, mas sim observar o que faz a humanidade expressar muitas vezes o seu lado nocivo. Serão as condições físicas do hospital? Será a forma de se relacionar dentro da equipe? Será a ausência de educação para a saúde junto á população?

Será a corrupção que faz com que os aparelhos públicos de atendimento ainda sejam precários em sua grande maioria? O que propomos é o reconhecimento de que o ser humano é capaz de agir para o bem e para o mal, mostrando que agir positivamente é um caminho mais nutritivo. Amenizar, neste sentido, é tornar o ambiente, e as relações que nele acontecem, mais propícios ao bem estar e ao cuidado de quem é paciente e cuidador.

No decorrer dos atendimentos, pude entrar em contato com a relutância de algumas pessoas em enfrentar suas realidades, fazendo com que atentem contra a própria vida, como foi o caso de uma paciente que chegou à unidade porque havia tentado suicídio. Esse tipo atitude pode se relacionar com o que Cardinalli (2004, p. 89) esclarece “Denomina-se *incidentes patogênicos* aquelas ocasiões que motivam uma pessoa a restringir suas possibilidades de relação consigo mesmo, com as pessoas e com o mundo”.

O modo retraído e de poucas palavras pelo qual se mostrava a paciente na interação com a estagiária, pode conceber o que Ismael (2006, p. 26) retrata “[...] O período de hospitalização incita o paciente a ficar mais introspectivo e passar para um processo de reavaliação de vida e de valores”.

Nesse sentido, o acolhimento oferecido pela estagiária à paciente faz referência a uma das possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar descrito por Ismael (2006, p. 25) “[...] tentar conhecer um pouco de sua história de vida e de sua doença. É ele quem irá procurar o paciente, oferecer ajuda a ele e ficará disponível para sua família”.

Diante do quadro de vulnerabilidade emocional em que se encontrava a paciente, a família não mostrou acolhimento e nem compreensão. A mãe e a irmã da paciente não pareciam preocupadas em animá-la, por meio de enaltecer seus aspectos positivos. Muito pelo contrário, cobravam responsabilidade de sua parte. A probabilidade de superação dessa fase aflitiva da vida da paciente parecia diminuir, em face de que “No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente” (Kübler-Ross, 1996, p. 171).

Houve uma paciente que me mobilizou, pelo fato de que seu estado emocional conturbado lhe obrigava a observar seus limites, ao ponto de seu coração “quase ter parado”. Nesse sentido, Baptista e Dias (2012, p. 7) esclarecem que “existem pesquisas que sugerem, por exemplo, que o estresse elevado pode contribuir para o aumento da pressão arterial e influenciar os batimentos cardíacos”.

A paciente demonstrava não enxergar possibilidades menos frustrantes de encarar sua realidade, pois seu único filho havia se casado e deixado de morar com ela. Nessa perspectiva, a atuação da estagiária através do acolhimento, pode promover um espaço para a reflexão, a fim de que a paciente pudesse sentir que ainda não se chegou ao fim. Desse modo, Ismael (2006, p. 30) assim explicita os alcances da entrevista psicológica:

Sendo assim, a relação de ajuda é valorizada em si mesmo. Existe empatia, solidariedade e cooperação por parte do profissional.

A entrevista pode ser o meio pelo qual o paciente pode expressar seu problema. A relação de ajuda é profissional, na qual uma pessoa deve ser assistida para operar seu ajustamento pessoal a uma situação à qual ela não se adaptava normalmente. O psicólogo deve compreender o problema nos termos em que se coloca para o paciente e ajudá-lo a evoluir pessoalmente na sua melhor adaptação.

Na visão de Rogers, que defende a entrevista centrada no paciente que pode se enquadrar no *setting* hospitalar: o psicólogo deve ter atitude de interesse aberto, ou seja, estar totalmente disponível e agir de forma que promova a expressão espontânea do outro, atitude não de julgamento, que tudo ouve sem críticas, procurar não ser diretivo, mostrar intenção de realmente compreender o outro, de descobrir o universo subjetivo e sempre ser objetivo [...] É essencial ter uma orientação positiva para captar a atenção como ela é, estar atenta a expressão direta de estados afetivos do paciente [...].

Tenho razões para acreditar que pelo modo com que se deu o encontro com a paciente, pode-se ter desencadeado o processo citado por Ismael (2006, p. 32):

A primeira entrevista bem conduzida no ambiente hospitalar e o posterior seguimento do paciente também podem resultar na sua mobilização a uma continuidade do atendimento psicológico, pós-alta hospitalar, para que seja possível dar continuidade ao trabalho iniciado no hospital. É no momento de fragilidade trazida pela doença que se pode sensibilizar o paciente a se conhecer melhor e a cuidar da sua saúde emocional [...].

Ao acolher uma paciente de oitenta e dois anos que procurou atendimento na unidade devido à elevação de sua pressão arterial, pude comprovar que o modo pelo qual se encara a vida é o que estabelece, às vezes, ter-se ou não saúde. A senhora explicitou que vivia um dia de cada vez, sem guardar rancores e exercia o ato de perdoar, principalmente, em razão de sua religiosidade. A filha da paciente, com bem menos idade, expressava mais ansiedade e parecia necessitar mais de cuidados do que a mãe. Diferentemente da mãe, a filha demonstrava dificuldades em aceitar e respeitar as escolhas alheias, bem como, a forma autônoma de viver da mãe. Nesse sentido, o modo de ser saudável da paciente, pode ser compreendido a partir do que preconiza Pompéia e Sapienza (2011, p. 29):

Apropriar-se de seu ser livre é também poder ser livre para obedecer a si mesmo, numa fidelidade ao seu caminho que se desdobra no tempo; para comprometer-se com o mundo, na correspondência às oportunidades; para comprometer-se com os outros, no compartilhar o ser livre dos homens.

A forma pela qual um enfermeiro descreveu sua profissão como algo “mecânico” (sic), pareceu denunciar uma falta de apropriação de suas próprias potencialidades, limitando-o e o fazendo sentir desvalorizado. Esse tipo de comportamento se faz comum nos ambientes hospitalares onde não se valoriza, nem mesmo, o cuidado despendido aos próprios pacientes. Nessa perspectiva Mota e cols. (2006, p. 324) explicitam aspectos os quais atravessam a postura do integrante da equipe clínica:

Muitos profissionais de saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento e com pacientes terminais, receio de cometer erros, relações com pacientes difíceis. Sendo assim, cuidar de quem cuida é condição suficiente para desenvolver projetos de ações em prol da humanização da assistência.

Em dado atendimento, o comportamento desesperado e os gritos de um paciente frente às dores no peito e à falta de ar que dizia sentir, chamou atenção de todos os presentes. A estagiária acabou por entrar em contato com a possibilidade de presenciar um óbito no hospital. O “incômodo” que o paciente cardíaco estava causando fazia com que a equipe técnica se comportasse como se o paciente estivesse “exagerando”. Entretanto, perceberam que ele realmente precisava de cuidados médicos urgentes.

Quando questionada sobre o estado do paciente, uma das enfermeiras declarou que o caso era grave e com suspeita de edema. Acredito que o paciente não estava em condições físicas para conversar sobre questões emocionais. Em relação à postura displicente despendida pela equipe técnica ao paciente cardíaco, Balduino e cols. (2009, p. 344) mostram uma forma diferente de cuidar do portador de doença crônica cardíaca quando discorrem:

É possível observar que o cuidar humanizado torna-se indispensável ao enfermeiro, que deve ir além do estudo de caso e tratar o paciente não como um mero objeto do processo de cuidar, visto que, como profissional, precisa transcender o cuidado propriamente dito, apresentar a capacidade de compreensão de quem é esse paciente, o que o levou ter a doença. A implementação das ações do cuidado no dia-a-dia do enfermeiro implica, também, perceber o paciente como um ser total, respeitar seus valores, crenças, sentimentos, emoções, e não apenas considerar o aspecto biológico .

Houve um casal que solicitou muita atenção e acolhimento da estagiária. O paciente e esposo demonstrava muito sofrimento e descontrole frente à percepção de que sua mulher estava buscando resgatar sua individualidade. Apesar de a esposa ter concebido o relacionamento como desgastado, mostrava dificuldade de se posicionar firmemente em relação aos seus desejos. O marido, por sua vez, desesperava-se frente à possibilidade de ter que viver em função de si e não do outro. Além disso, não pareceu possuir, no momento, condições emocionais para refletir sobre as limitações de seu modo ser.

A esposa relatou que se dirigiram até a unidade devido a um desentendimento entre o casal que culminou no abalo da estrutura física e emocional do marido, a ponto de ele tremer muito e ter dificuldades para se locomover. A principal causa da briga fora a falta de comunicação entre eles. Os resultados encontrados no estudo de Guimarães (2009, p. 28) apontam para as consequências da falta de comunicação entre casais:

A falta de comunicação, ou a alteração em sua forma de expressão, pode gerar

sentimentos diversos nos indivíduos que a vivencia. Os participantes deste estudo descreveram sentirem-se agredidos, ignorados, e, em alguns casos, desprezados pelo companheiro, por não serem compreendidos e, tampouco, ouvidos. Em seus relatos constatou-se que os sentimentos descritos acima, para alguns, são mais dolorosos do que a violência física. Relataram ainda que a violência não visível esteja permeando a relação, fator que provoca vários danos psíquicos, como a baixa autoestima, sentimento de inferioridade.

O que se revelou como diferencial nesse atendimento foi o estabelecimento de um *setting* no contexto hospitalar, onde a atuação da estagiária se caracterizou enfaticamente, pela mediação. Isto mostra o quanto o profissional psicólogo no hospital se expõe à complexidade do fenômeno humano.

Desse modo, busca em seu arcabouço profissional vivenciado, a opção compatível para lidar com determinada situação que se apresenta, tendo sensibilidade, no momento em que atende, para perceber a necessidade do paciente. A fim de minimizar o sofrimento e o conflito do casal, a postura da estagiária se pautou, analogamente, ao que descreve Lazzaretti (2007, p. 37) sobre a concepção humanista–existencial como uma das abordagens teórico/clínicas que podem fundamentar o trabalho em Psicologia Hospitalar:

Quando a relação é estabelecida, o psicólogo consegue ajudar o paciente a se ver e rever no mundo, como um ser que possui potencialidades, para mudar ou aceitar como realmente é. Procura ver o ser humano como um todo e não utilizar a teoria para explicá-lo. Prioriza também a conscientização ampla da pessoa sobre sua própria forma de agir e não apenas explicar o porquê da apresentação de determinadas atitudes.

O psicólogo hospitalar deve trabalhar o sintoma, que significa trabalhar o real e o irreal da pessoa. O sintoma como resistência múltipla (físico-mental) se coloca entre o desejo e a proibição, porque ele surge como solução provisória de uma ansiedade maior.

O psicólogo deve saber respeitar a resistência, pois ela pode indicar que o paciente ainda não tem suporte suficiente para entrar em determinados conteúdos. Não é necessariamente uma patologia, mas uma forma de relacionar-se com o mundo.

O ser humano deve ser considerado como um todo, um ser que é biológico, com corpo e mente e que vive em sociedade. A psicoterapia procura levar o cliente em direção à mudança, seja na forma de agir, pensar, sentir ou a aceitar a realidade como realmente é.

O atendimento despendido a um determinado paciente fez com a estagiária vivenciasse a pluralidade de demandas inerentes ao ambiente hospitalar. Compreendeu-se, sem maiores necessidades de diagnóstico psiquiátrico, que o paciente chegou à unidade com a cabeça machucada. Durante todo o tempo em que estive na unidade, não presenciei nenhum médico examinar seu ferimento na cabeça, a não ser os enfermeiros que o fizeram superficialmente.

O paciente estava desorientado e tinha um discurso desconexo. Por ter verbalizado muito pouco sobre sua vida e sobre o ferimento, a equipe técnica, tanto quanto a estagiária, sentiram dificuldades em ajudar o paciente como o mesmo merecia. Contudo, por se saber que o paciente era morador de rua, quando

questionado sobre se sentia fome e se gostaria de tomar banho, o paciente assentiu e teve essa necessidade atendida.

O enfermeiro que o atendeu desde quando chegou, estava nervoso diante do comportamento do paciente, parecendo não saber lidar com ele. Bem como, a estagiária se sentiu angustiada e impotente por tentar identificar os motivos que levaram o paciente a vir até o hospital, além do machucado na testa. Nesse sentido, Mion e Schneider (2003, p. 40) apontam resultados da aceitação e percepção de profissionais que trabalham em hospitais gerais sobre a implementação de leitos psiquiátricos na instituição que atuavam, tais como:

Os conteúdos da segunda unidade, que tem como temática a qualificação profissional, mostram que os profissionais não se sentem preparados para atender a clientela com transtorno mental. Esta questão era percebida enquanto enfermagem de hospital geral, onde a equipe multidisciplinar ao deparar-se com paciente portador de patologia psíquica, não se sentia à vontade para lidar com esta clientela, e estas falas evidenciam que o despreparo da equipe constitui-se em um problema para a implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral. Todos os discursos falam que seria viável a implantação destes leitos, desde que houvesse treinamentos e reciclagem para a equipe que atuaria junto ao doente.

O paciente, pelos olhares e comentários a ele destinados pelos presentes, parecia causar medo e desconforto, principalmente, por perambular pela sala de observação. Pude inferir, pelo que presenciei desde que o paciente chegou à unidade, que se ele houvesse permanecido “acomodado” na ala de isolamento, não teria sido contido fisicamente por quatro homens, após ter sido abordado rispidamente por um dos enfermeiros.

Contudo, não se prescinde da necessidade de se prevenir a invasão do espaço do outro por parte do paciente, algo que não aconteceu, posto que sua postura estagnada ao ser solicitado, fez com que se instaurasse um movimento de precaução frente ao imprevisível. Nesse sentido, apesar de se levar em conta que a unidade não conta com uma estrutura física e nem profissional para prestar um atendimento singularizado a um paciente com indícios de transtorno psiquiátrico, Mion e Schneider (2003, p. 41) evidenciam em seus estudos que:

Uma questão que fica explícita nestes depoimentos é a vinculação direta entre doença mental e pobreza, revelando ainda as discrepâncias na assistência à saúde, em que não se pode ter, convivendo num mesmo espaço, pessoas de diferentes níveis sociais. A inclusão de serviços de psiquiatria em hospital geral pelo que se pode observar ocorreria com uma certa resistência. Um dos fatores citados como dificultadores deste processo é o preconceito.

Segundo Angerami-Camon (2001, p. 75) “No hospital, ao contrário do paciente que procura pela psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo em seu próprio leito”. Sendo assim, o atendimento psicológico foi oferecido aos pacientes, bem como para sua/aos família/acompanhantes e estes puderam ter uma escuta diferenciada. Num dos atendimentos,

tanto a acompanhante/filha de uma das pacientes, quanto a mãe que se encontrava com seu filho adoentado, demonstraram que puderam elaborar questões emocionais, que até então, pareciam não terem se dado conta. A acompanhante/filha falou sobre sua relação com o pai que enfrenta uma depressão. A mãe que estava com seu filho adoentado pode refletir sobre como tem vivenciado seu papel de mãe e sobre a morte do marido. Nessa perspectiva, Angerami-Camon (2001, p. 78) aponta “é interessante observar que o avanço da medicina, com todo seu aparato tecnológico, não consegue prescindir do psicólogo pela sua condição de escuta das manifestações d’alma humana”.

Notou-se pelos relatos das pessoas atendidas que o profissional psicólogo no ambiente hospitalar tende a ser um catalisador do processo de humanização, por meio da linguagem, do diálogo e do acolhimento a quem se abre para o cuidado. No que diz respeito à prática de humanizar, Angerami-Camon (2001, p. 68-69)

[...] Ao trabalhar no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicólogo estará ajudando a humanização do hospital, pois seguramente esse processo é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada. Um trabalho de reflexão que envolva toda a equipe de saúde é uma das necessidades mais prementes para fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe, além da reabilitação orgânica, o restabelecimento da dignidade humana.

4 | CONSIDERAÇÕES GERAIS

O ambiente hospitalar e o processo de hospitalização suscitam nas pessoas angústia em se deparar com a vulnerabilidade, fragilidade, dependência, limites, dor, e principalmente, com a finitude e a morte. Portanto, como estagiária e humana que sou, fui atravessada pelas mesmas questões e as considereei ao realizar meu trabalho. Bem como, percebi-me impotente tal e qual a equipe técnica em vários momentos dos atendimentos. Verifiquei que há muito a ser instituído como políticas públicas para que se efetive um atendimento humanizado para com a população.

Os profissionais da saúde sofrem devido a uma sobrecarga de trabalho e não são cuidados, em razão do mesmo descaso com que são tratados os pacientes na rede pública de saúde. A defasagem se encontra no desprezo à reabilitação do paciente, ao seu cuidado global e à falta de uma equipe multidisciplinar. Entretanto, foi possível perceber o quanto há carência por parte da equipe técnica de se colocar no lugar do outro, proveniente da disseminação do pensamento individualista da sociedade atual e da preferência pela eficácia (maior quantidade em menor tempo) no trabalho em detrimento da qualidade no atendimento. Além disso, o profissional não é valorizado nem ao menos financeiramente, porque sua representatividade profissional está no mesmo patamar de irrelevância o qual o poder público coloca o cuidado com a saúde da população.

Por fim, pude inferir que o estágio em psicologia hospitalar instituiu uma prática e percebi o quanto é importante que se abram novos postos de trabalho nessa área. Posto que o cuidado oferecido à população atendida foi muito necessário para amenizar o sofrimento de uma gama de pessoas. Além do mais, concluí que para que as frentes de trabalho se abram é imprescindível que nossa categoria cada vez mais tente se embrenhar nesse campo. A fim de se comprovar, através principalmente de pesquisa, a importância da inserção do profissional psicólogo na equipe multidisciplinar das instituições de saúde. Sendo que seu trabalho prioriza a saúde mental, o acolhimento para além do leito, a compreensão da história de vida e, sobretudo a consideração de que atua com seres humanos.

REFERÊNCIAS

- ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). **E psicologia entrou no hospital...** 3ª ed. São Paulo: Pioneira, 2001.
- BALDUINO, A. F. A.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009, abr-jun; 13 (2): 342-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia Hospitalar – Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. Processos de Resiliência no Contexto de Hospitalização: um estudo de caso. **Revista Paidéia**. v 16 (35), p. 427-436. São Paulo, 2006.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos** / José Bleger; tradução Rita Maria M. de Moraes; revisão Luis Lorenzo Rivera. – 2ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1998 – (Psicologia e pedagogia).
- CARDINALLI, I. E. **Daseinsanalyse e Esquizofrenia**. São Paulo: Educ, 2004.
- GUIMARÃES, K. A. C. A dificuldade de comunicação do casal: um olhar sistêmico. CAEP/UCG. **PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU EM TERAPIA DE CASAIS E FAMÍLIA**. Goiânia, 2009. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/HUMANAS/1%20-%20A%20Dificuldade%20de%20Comunicacao%20do%20Casal.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.
- ISMAEL, S. C. (org.) **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes** / [tradução Paulo Menezes]. 7ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- LAZZARETTI et al. **Manual de psicologia hospitalar**. Curitiba: Unificado, 2007. 68 p.: il.; 20 x 20 cm. Disponível em: <http://crppr.org.br/download/164.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.
- MELLO, F.; RAVAGNANI, R. Projeto Cultural Canto Cidadão. In: **Caderno de Anais da VII Jornada APOIAR: SAÚDE MENTAL E ENQUADRES GRUPAIS: A PESQUISA E A CLÍNICA** - São Paulo, 7 de novembro de 2009. Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social Departamento de Psicologia Clínica – IPUSP / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.

MION, J. Z.; SCHNEIDER, J. F. Leitos Psiquiátricos em hospital geral: visão de profissionais que atuam em hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1 p. 38 – 42, 2003. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/pdf/leitos.pdf. Acesso em: 28 fev. 2014.

MORETTO, C. C.; TERZIS, A. A humanização na área de saúde mental pública: uma revisão teórica de trabalhos com Equipes Multiprofissionais. In: **VIII Simpósio CEFAS e Jornada FLAPAG**, 2007, Campinas. Anais do VIII Simpósio CEFAS, 2007. p. 123-130.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em 28 fev. 2014.

POMPEIA, J. A.; SAPIENZA, B. T. **Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica**. Rio de Janeiro: Viaverita, 2011.

WINNICOTT, D. W. **Explorações Psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SOBRE O ORGANIZADOR

Rui Maia Diamantino - É graduado em Processamento de Dados pela Universidade Federal da Bahia (1979) e em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2007). Tem experiência na área de Ciência da Computação, com ênfase em Arquitetura de Sistemas de Computação. Tem formação e experiência em teoria e clínica psicanalíticas. Exerce atividade clínica como psicólogo. É especialista em Teoria Psicanalítica, mestre em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2010), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Cognição e Representações Sociais orientado pelo Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira Silva, doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2014), área de concentração - Psicologia Social e do Trabalho, linha de pesquisa - Indivíduo e Trabalho: Processos Micro-organizacionais, sob a orientação da Profa. Dra. Sonia Maria Guedes Gondim. É Professor Assistente da Universidade Salvador - UNIFACS, onde leciona disciplinas da graduação, desenvolve atividades de pesquisa e extensão universitárias e participa do Colegiado de Curso do Curso de Psicologia. Ensina a disciplina de Psicopatologia da Psicologia do Trânsito na pós-graduação *latu sensu* de Psicologia do Trânsito na FTC, Salvador, Bahia. Integra o núcleo docente estruturante (NDE) do curso de Psicologia da Faculdade Santa Casa, também em Salvador, Bahia. Tem artigos publicados em periódicos e capítulos de livros sobre clínica psicanalítica, psicologia organizacional, envelhecimento e psicossociologia.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ambientes sócio-morais 75, 76

Auto-estima 109

Avaliação psicológica 87, 88, 94, 96, 100, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109

B

Brincar na primeira infância 60

C

Cambio conceptual 14, 17, 18, 27

Cambio representacional 14, 17, 19, 20, 27

D

Dasein 43, 45

Desenvolvimento do brincar 60

Diagnóstico organizacional 48, 49, 50, 53, 54, 57

E

Epistemologia genética 1, 2, 3

F

Finitude da morte 29

I

Infinito matemático 1, 2, 3, 9, 12

M

Martin Heidegger 33, 36, 37, 38, 42, 45, 46

Método clínico piagetiano 1, 4

P

Peripatetic group therapy 136, 138

Psicologia fenomenológico-hermenêutica 36, 42

Psicologia hospitalar 110, 119, 122

R

Re-estructuración representativa 14, 15

S

Saúde mental no trabalho 47

T

Therapeutic Accompaniment 136, 137, 138

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-732-1



9 788572 477321