

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**SIMONE CORRÊA SILVA**

**Cuidando de ser psicólogo no hospital:**

**Uma cartografia de experiências sobre a construção de um lugar, contadas sob  
inspiração da Psicologia Analítica de C. G. Jung**

São Paulo

2011

**SIMONE CORRÊA SILVA**

**Cuidando de ser psicólogo no hospital:**

**Uma cartografia de experiências sobre a construção de um lugar, contadas sob  
inspiração da Psicologia Analítica de C. G. Jung**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e do  
Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laura Villares de Freitas

São Paulo

2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Silva, Simone Corrêa.

Cuidando de ser psicólogo no hospital: uma cartografia de experiências da construção de um lugar, contadas sob inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung. / Simone Corrêa Silva; orientadora Laura Villares de Freitas. – São Paulo, 2011.

194 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia hospitalar 2. Psicologia da Saúde 3. Psicologia Junguiana 4. Mitos 5. Formação do Psicólogo I. Título.

RA965.6

Nome: Silva, Simone Corrêa

Título: Cuidando de ser psicólogo no hospital: uma cartografia de experiências da construção de um lugar, contadas sob inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*À sincronicidade da vida que transforma cada esquina  
em palco onde acontecem grandes encontros com inesquecíveis mestres.  
Em especial, à Aurora de minha vida, à Rosa de meu jardim,  
ao Rafael de minha alegria e à Nani de meu acalento.*

## AGRADECIMENTOS

À minha família materna, pelo carinho, admiração e apoio, expressos especialmente em versos, silêncios, olhares e presenças que me guiaram e me sustentaram o tempo todo e durante todo o tempo.

Aos meus amigos, pela compreensão nos meus momentos de ausência, durante os mergulhos mais profundos de elaboração deste trabalho. E também pelos momentos igualmente necessários, inspiradores e revitalizantes de encontros sem hora para terminar. Em especial: Daniela, Flávia, Joyce, Marluce, Nilton, Priscila, Sandra e Thais.

À família Silva, que apesar de não ser a minha, esteve viva em minha vida, ensinando-me a viver e me apoiando na reconstrução e apropriação de meu lugar.

A todos os membros da equipe multiprofissional do hospital que se fez palco para a elaboração do presente estudo, por me oferecerem aprendizado e credibilidade. Em especial, à equipe de psicólogos por, inclusive, partilharem comigo a arte de *con-fiar* e construir: Ana, Célia, Elaine, Heliane, Jayme, Jussara, Léa, Lilian, Luciana e Sidnéia. Em memória da psicóloga Inês Santoro, por todos os ensinamentos ofertados com alegria, determinação e simplicidade. Às assistentes sociais Miriam e Luciene, por um compartilhar constante de casos, inclusive, os nossos.

Aos meus pacientes, por me mostrarem sentidos e o sentir pela vida.

À Dra. Laura Villares de Freitas que, pacientemente, permitiu-me caminhar com os meus próprios passos, oferecendo-me sempre o centro e o apoio com sua *lareira* afável.

Aos colegas do grupo de orientação, pelas partilhas de idéias e apoio que me possibilitaram afinar tons e compor harmonias em meu trabalho: Ana, Bete, Camila, Glaucya, Guilherme, Gustavo, Lydiane, Márcia, Sandra e Tânia.

À querida Henriette T. P. Morato que, com carinho e maestria, acompanhou e fomentou o meu desabrochar, especialmente, nos momentos mais sensíveis vividos durante a construção deste trabalho.

Aos meus sempre mestres Paulo Afrânio Sant'Anna e Sandra F. Amorim que, intuitivamente, me acompanharam nesta jornada.

Ao Kleber M. Marinho que, com paciência e esmero, me socorreu nas afinações com o inglês.

E, acima de tudo, agradeço à Deus que em inspiração e sentidos me acalentou, fez-me reencontrar forças, renovar direções e reconstruir caminhos para prosseguir em busca e sustentação de meu lugar, em meio a momentos onde construção e desconstrução se fizeram presentes na vida durante mais essa experiência.

*Para mim, é como uma lembrança que a gente leva de uma viagem. Algumas sensações, sentimentos, recordações, fotografias, sempre poderão ser acessadas; estarão sempre guardadas em alguma gaveta da memória. Outras nos acompanharão com as gavetas sempre abertas. E, ainda, haverá aquelas que apenas, mas não menos importantes, servirão para compor a viagem; e que deixamos no lugar de passagem. Mas, nenhuma pode ser perdida. Apenas ficaram, não foram levadas. Poderão ser esquecidas, mas no momento necessário, tiveram sua função: no mínimo, compuseram a viagem.*

(Trecho do diário de bordo “Gavetas da Memória”)

*A poesia da vida, que eu não a perca.  
Sem ela, o sentir perde o verbo  
e o verbo se faz sem que se possa sentir.*

Simone Corrêa Silva



## RESUMO

Silva, S. C. (2011). *Cuidando de ser psicólogo no hospital: uma cartografia de experiências da construção de um lugar, contadas sob inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O ofício do psicólogo numa instituição hospitalar é como uma arte que se modula dia-após-dia de trabalho e revela realidades desafiadoras no que se refere à sua inserção e à sua prática. A proposta deste estudo foi discutir o processo de construção do lugar do psicólogo no hospital geral com inspiração no referencial da psicologia analítica. Adotei a cartografia como metodologia de trabalho, utilizando narrativas obtidas a partir de diários de bordo que descreveram inquietações, questionamentos e reflexões sobre situações vivenciadas ao longo do percurso de minha prática enquanto psicóloga num hospital geral do município de São Paulo. O termo *lugar*, que transcende o espaço físico, foi entendido como disponibilidade emocional mediante situações diversas que se dão em termos de tempo e espaço no hospital. Refere-se a um jeito próprio de ocupar uma morada e que se configura por uma atitude clínica, no seu sentido etimológico. Apropriar-se de seu lugar é um processo de construção, fundamentação e manutenção, permeado por variáveis tais como: formação, supervisão, análise pessoal, conhecimento sobre a realidade e contexto da instituição e apropriação de uma persona criativa para transitar nesse contexto que corresponde a um self institucional. Essa construção se mostra em sincronia com o processo de individuação do psicólogo, em seus aspectos de desenvolvimento profissional. Considerando-se, inclusive, que, no seu trabalho dentro do hospital, sua individuação se cruza com a dos outros personagens que também transitam neste contexto. Através de sua postura de prontidão, o psicólogo ausculta as demandas que lhe são confiadas, clarificando sentidos e cuidando para que o encontro aconteça como possível o for e num processo percorrido junto e de modo que ao outro seja devolvido seu potencial de responsabilidade e cuidado. Importante atentar, inclusive, para sua atitude dentro da equipe e em relação ao modo pelo qual recebe e dá atenção às solicitações de intervenções. Também se faz necessária uma conciliação e flexibilização entre o tempo kairótico e o cronológico: entre a necessidade emocional do paciente, a disponibilidade pessoal do psicólogo e as emergências e urgências práticas do contexto hospitalar. O mito de Héstia pode inspirar-lhe uma atitude acalentadora ao sofrimento e incômodo humanos. Tal como a disponibilidade emocional do psicólogo, a lareira de Héstia é o lugar da passagem e deve sempre ser mantida acesa; ela proporciona o *estar* para que se restabeleça um cuidar de *ser* e de resgatar novos modos de *continuar sendo*. Já a presença inspiradora de Hermes abre caminhos para a transição rumo ao porvir, encaminhando sentidos aos impasses do cotidiano hospitalar. Um questionamento que também se mostrou relevante, pois embasa o lugar da Psicologia em qualquer contexto, refere-se ao que interpela o lugar que cabe à Psicologia enquanto ciência e a qual convocação esta se dirige, atualmente. O lugar do psicólogo no hospital, assim como em qualquer outro local, existe por sua legitimidade. Precisamos apenas reconhecê-lo e habitá-lo. Para isso, não podemos esperar que nos seja indicado; nós devemos clarificá-lo por uma atitude própria.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; psicologia da saúde; psicologia junguiana; mitos; formação do psicólogo.

## ABSTRACT

Silva, S. C. (2011). *Being psychologist in a hospital: a cartography of experiences of the making of a place, under C. G. Jung's analytical psychology inspiration*. Master's Degree dissertation, Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo.

The profession of a psychologist in a hospital institution is like an art that adjusts with every day of work and reveals challenging realities in relation to its insertion and its practice. The aim of this study was to discuss the process of the construction of the psychologist's place in a general hospital inspired by references to analytical psychology. I adopted cartography as the work methodology, using narratives obtained from logbooks which described restlessness, questioning and reflections about situations experienced over the course of my work while I was a psychologist at a general hospital in the municipality of Sao Paulo. The term *place*, which transcends the physical environment, was understood as emotional availability by means of various situations that occur in terms of time and space in the hospital. It refers to a particular way of occupying a residence and which is shaped by a clinical attitude, in its etymological sense. The appropriation of one's place is a process of construction, foundation, and maintenance, permeated by variables such as: formation, supervision, personal analysis, knowledge in relation to the institution's reality and context and the appropriation of a creative persona to make one's way through this context which corresponds to an institutional self. This construction shows itself to be in synchrony with the psychologist's process of individuation, in its aspects of professional development. Also taking into account that in such work for the hospital, one's individuation crosses with that of the other characters that are also making their way through this context. Through a posture of readiness, demands are entrusted to the psychologist who listen to them, clarifying meanings so that the meeting happens as possible it can be and in a process travelled together and in such a way that the other person is given back their potential for responsibility and care. It is also important to pay attention to one's attitude within the team and in relation to the way in which you receive and deal with the requests for interventions. It is also necessary a reconciliation and flexibility between kairotic time and chronological time, between the patient's emotional needs, the psychologist's personal availability and the practical emergencies and pressures of the hospital context. The myth of Hestia may inspire a soothing attitude to human suffering and discomfort. In the same way as the psychologist's emotional availability, Hestia's hearth is a place of passage and should always be kept lit; it provides the '*being*' in order to reestablish a care to '*be*' and to rescue new ways to continue '*being*'. Meanwhile Hermes' inspiring presence paves the way for the transition towards what is still to come, forwarding meanings to the impasses of daily hospital life. A question that also showed to be relevant, as it lays the foundations for Psychology's place in any whatsoever context, refers to that which challenges Psychology's place as a science and to what calling it is currently directed. The psychologist's place in the hospital, as in any other place, exists due to its legitimacy. We need merely recognize it and inhabit it. For this reason, we cannot expect that it is shown to us; we have to clarify it by our own attitude.

Key-words: psychology in the hospital; Jungian psychology; psychology of health; myths; training of psychologist.

## SUMÁRIO

1.À PROCURA DE UM LUGAR: A INTRODUÇÃO .....	12
2.CARTOGRAFANDO O MEU LUGAR: UMA METODOLOGIA DE TRABALHO....	20
3.UM LUGAR À ESPERA: PERCURSO DA ASSIM CHAMADA PSICOLOGIA HOSPITALAR .....	35
3.1 <i>Histórico da Psicologia Hospitalar e desafios para a Psicologia na área da saúde</i> .....	35
3.2 <i>Propostas e ações da “Psicologia Hospitalar”</i> .....	46
4.UM LUGAR EM MEIO A OUTROS LUGARES: COMO OS PSICÓLOGOS ORIENTADOS PELA PSICOLOGIA ANALÍTICA TÊM SE INSERIDO NA ÁREA DA SAÚDE.....	50
5.ESPREITANDO UM LUGAR: UM RESGATE DA PSICOLOGIA E SUAS ORIGENS. .	60
6.OCUPANDO UM LUGAR: A PSICOLOGIA NO HOSPITAL .....	72
6.1 <i>A prática psicológica no hospital</i> .....	72
6.2 <i>Levando a clínica ao hospital</i> .....	89
6.3 <i>Refletindo sobre o lugar do psicólogo dentro da equipe</i> .....	123
6.4 <i>Conciliando três tempos na prática da Psicologia no hospital: o requerido, o sentido e o vivido</i> .....	143
6.5 <i>E, numa “esquina”, o encontro: discutindo individualização e relação terapêutica no hospital</i> .....	161
7.HABITANDO UM LUGAR EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO: CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	171
CADA UM NO SEU LUGAR: REFERÊNCIAS .....	181

## 1. À PROCURA DE UM LUGAR: A INTRODUÇÃO

No decorrer de minha experiência na área clínica em hospitais, fui percebendo que se trata de um trabalho que demanda ser construído por aquele que o ocupa. O ofício do psicólogo numa instituição hospitalar é como uma arte que se modula dia após dia.

Ao longo de minha formação e da experiência acumulada durante mais de nove anos na área, seis deles na instituição onde hoje atuo, sempre me questionei e me inquietei com determinadas dificuldades. Constantemente, busquei por estudo contínuo, supervisões e psicoterapia pessoal para dar conta de minhas angústias e questionamentos sobre a prática da assim chamada Psicologia Hospitalar e sobre minha prática, nesta área. Das supervisões, estudos e sessões de psicoterapia pessoal – imprescindíveis, inclusive – colho ainda frutos, muitos deles já amadurecidos, de um trabalho em desenvolvimento. Mas, percebo que o direcionamento de meu caminho de construção se deu a partir de momentos em que, sentindo-me sozinha na prática, nada me restava naquela situação senão buscar artefatos a partir de minha própria bagagem, e criar maneiras de agir e trabalhar com e nas dificuldades inúmeras que à minha frente, ao meu lado e atrás de mim, empurrando-me, surgiam.

Inicialmente, situações diversas faziam sentir-me encurralada. E era assim mesmo que eu me sentia, pois, num primeiro momento, eu pensava o que era certo fazer e não encontrava “a resposta”. Mas, claro. Porque não há “a resposta”; o correto vai depender de cada contexto, situação e momento. Ah, mas isso eu fui descobrindo aos poucos. E, como eu nunca me contentei em “deixar como está” ou “deixar pra lá”, sempre me questionei e busquei possibilidades ou criei caminhos próprios para lidar com as situações que me incomodavam.

Incomodavam-me porque eram situações, muitas vezes, inusitadas e com as quais eu ainda não possuía total manejo para lidar; ou porque me faziam repensar sobre as posturas e atitudes que eu mesma desempenhava até então e que, por um motivo ou outro, começavam a se mostrar insatisfatórias especialmente para mim; ou, então, porque, em algumas situações, eu tinha dificuldades para atender aos pedidos de trabalho que me chegavam sem que eu precisasse ferir ou trair minha ética; ou, ainda, porque eu me deparava com situações onde eu discordava do que me indicavam ou solicitavam e o espaço para rever ou discutir isso ainda não havia, ali naquela instituição, sido inventado. Enfim, os motivos para essas inquietações eram muito diversos.

Como forma de refletir melhor sobre as dificuldades e aprimorar meus estudos e revisões a respeito, comecei a escrever diários pessoais – os quais, aqui, denomino *diários de bordo*.

No decorrer do presente trabalho, serão apresentadas narrativas que criei, a partir dos meus diários de bordo, como um caminho de elaboração pessoal das minhas experiências. Cada narrativa se refere a um momento de questionamento e inquietação em minha trajetória. E, em vez de escolher aquelas que esboçam pleno sucesso, minhas escolhas giraram em torno de narrativas que indicam dúvidas e anseios, pois correspondem melhor às discussões que pretendo abordar no presente trabalho. Portanto, as narrativas apresentadas carregam questões que hoje já amadureceram e para as quais já encontro uma nova atitude possível, mas todas elas refletem indagações que considero importantes e que não devem se perder no caminho para a construção, reforma ou requinte do trabalho do psicólogo no hospital. Afinal, o processo de amadurecimento é contínuo e deve ser constante. Um saber (o que e como fazer) nunca se está pronto por completo.

Lembro-me de momentos inquietantes durante os quais eu sentava para escrever meus diários, quando turbilhões de idéias, dúvidas e receios me assolavam e me impunham a necessidade de rever meu eixo. Tal como no excerto abaixo, retirado de registros de meu diário de bordo do início de minha trajetória em hospital, esses sempre foram momentos importantes de conversas comigo mesma:

*A pergunta que não quer calar*

*Uma pergunta que me fizeram colocou-me firme a refletir sobre meu trabalho. “Você consegue ajudar as pessoas em seu trabalho no hospital? Como você faz?”. Consegui responder a esta pergunta, para o momento, a partir de questões minhas já pensadas até então. Mas, enquanto eu a respondia, a resposta que eu buscava era para mim mesma. E, agora, a pergunta se mantém estalando em minha cabeça. Respondê-la, do ponto de vista teórico, me parece possível. Porém, cadê a resposta aqui dentro, que não encontro?*

Mais do que me perguntar se consigo *ajudar* – já que se trata de uma palavra que pode provocar diversos entendimentos, nem sempre pertinentes, tais como: alívio, cura, fraqueza, etc.–, a pergunta mais pertinente seria “como entender o alcance da *ressonância* de meu trabalho nas pessoas que dele fazem parte – incluindo, aqui, equipe e usuários?”. “O que dizer sobre *o que e como* faço no hospital?”. “O que quero, a partir dele, alcançar?”. “Como atuar com a equipe de modo a construir e alicerçar um lugar de reconhecimento, clareza e

respeito?”. Estas, entre tantas outras, foram questões as quais por muito tempo fizeram parte de minhas inquietações no hospital e me guiaram na construção de meu trabalho.

Conforme fui trabalhando essas dificuldades, percebi que o que eu buscava era meu *lugar* dentro do hospital. No início, eu achei que era meu papel ou meu objetivo que me escapava. Mas, não. De fato, hoje vejo que o lugar está a priori do papel, objetivo ou tarefa. Por isso, no início da carreira, me faltava clareza daquilo que eu fazia, para quem eu fazia, como eu fazia e para quê; eu não compreendia onde eu habitava, ou melhor e mais importante do que isso, qual lugar eu escolhia assumidamente ocupar, em termos de atitude frente às situações, dentro do hospital.

A partir dessas reflexões, uma questão que se mostrou norteadora para a elaboração do presente trabalho, foi “como pode se dar a ação específica do ser psicólogo, a partir da compreensão das ações possíveis que se circunscrevem na situação de minha experiência como psicóloga numa determinada instituição hospitalar?”. Isso, pensando-se que o lugar que busco, enquanto psicóloga, não se estabelece necessariamente no hospital. O hospital é uma instância, entre tantas outras possíveis, onde posso levar a Psicologia e nela preciso me situar. Ser psicóloga num determinado hospital trata, portanto, de uma situação. E será essa situação que o presente estudo abordará, nos aspectos referentes à construção de um lugar.

O termo *lugar* será entendido neste trabalho como disponibilidade emocional mediante as situações diversas que se dão em termos de tempo e espaço no hospital. Porém, faz-se oportuno enfatizar que a disponibilidade emocional – atitude a priori para a atuação do psicólogo – deverá estar articulada a um reconhecimento e enfrentamento da realidade implicada pelo contexto institucional na qual o profissional está inserido.

Uma das perguntas que paira para os psicólogos, inclusive, refere-se “a quem cabe indicar o lugar que o psicólogo pode ocupar no ambiente hospitalar?”. Diversos lugares lhe são oferecidos, a depender de quem o faz: a equipe – considerando especialmente o médico, devido à sua posição ocupada no hospital –, o paciente, o familiar ou seu acompanhante, a instituição e a equipe de Psicologia – quando esta existe. E será que podemos, nós psicólogos, nos atrever a questionar qual o lugar que queremos e, principalmente, qual aquele que escolhemos ocupar nesse contexto?

Trata-se de um atrevimento que me bate à porta e solicita entrar; abro-me a ele e percebo que merece estar não apenas de passagem: veio para ficar. Escolho não deixar que questionamentos e incômodos decorrentes desse movimento passem despercebidos. Entram,

sacodem poeira e pedem para sentar. Assim, começa a ser possível construir uma maneira própria de habitar um lugar entre o oferecido e o que se escolhe ocupar.

O trabalho do psicólogo no hospital revela, portanto, realidades desafiadoras no que se refere à sua inserção na instituição e à sua prática. Trata-se de uma área de atuação alicerçada numa história que nos orienta e nos ensina, permitindo-nos compor referenciais sem nos impor o abandono de novas idéias e questionamentos. Sendo assim, é uma área que se expande e se fortalece numa construção que se mostra contínua e necessária. Poder questionar a respeito do lugar que o psicólogo habita no hospital e sobre sua maneira de fazer Psicologia nesse tipo de instituição, parece-me uma necessidade presente, emergente e que urge atenção.

O objetivo geral do presente trabalho é refletir e discutir o processo de construção do lugar do psicólogo no hospital geral. Tenho como objetivos específicos os seguintes: 1) reconhecer e refletir sobre espaços e tempos, no sentido de ocupação por meio de ações, em certas ocasiões em que o lugar do psicólogo no hospital geral é evidenciado e de que modo é ocupado; 2) apresentar, identificar e refletir sobre algumas práticas e conceitos que podem orientar o trabalho do psicólogo no hospital geral; 3) identificar e refletir sobre angústias desencadeadas pelo trabalho do psicólogo em hospital geral, em seu processo de construção do seu lugar; 4) discutir alguns conceitos de psicologia analítica a partir da atuação do psicólogo no hospital; 5) refletir sobre o lugar do psicólogo de orientação junguiana na prática clínica em hospital.

Expor meus questionamentos e as reflexões advindas de minhas próprias experiências implicou um desafio que exigiu de mim o enfrentamento de novas emoções. Cuidado e clareza de meus propósitos com esta exposição não poderiam ser negligenciados. Minhas reflexões não poderiam se limitar, aqui, àquelas que se legitimam em supervisões. Meu propósito era outro. Era o de, a partir desta dissertação, apresentar e enfatizar a necessidade de que o trabalho do psicólogo no hospital precisa ser cuidado; e seu lugar alicerçado e clarificado. O de chamar a atenção para que as instituições formadoras possam estar atentas a essa necessidade. E, além disso, o de promover um canal de abertura para que os próprios psicólogos, recém-formados ou “experientes”, possam compartilhar de minhas reflexões – concordando ou não com elas –, (re)pensar e encaminhar o sentido e o *lugar* da Psicologia no hospital.

A compreensão teórica utilizada para as discussões tecidas neste trabalho será baseada, sobretudo, na psicologia analítica de C. G. Jung, mas não exclusivamente. Durante a pesquisa

teórica que realizei para o presente trabalho, encontrei autores de diferentes abordagens que me inspiraram em determinados pontos de discussão. Uma vez feito isso, procurei indicá-los em rodapé, informando, em termos gerais, a orientação teórica dos mesmos.

Desse modo, minha relação com a teoria junguiana, neste trabalho, não está sendo utilizada como um fim. Trata-se, antes de tudo, de um meio – e não se trata do único – que escolhi para olhar para o que quero explicitar. Em nenhum momento, tive a intenção de que este trabalho objetivasse um estudo junguiano estritamente falando, de modo que se sobrepusesse sobre minha experiência narrada. E, nesse entendimento, tomo emprestadas as palavras de Andrade, Morato e Schmidt<sup>1</sup> (2007, p. 201): “Na singularidade do campo, as teorias são uma via de reflexão acerca da ação, na qual o fio condutor é a própria situação de intervenção”. Portanto, não pretendo esgotar nem explicar exhaustivamente cada conceito utilizado. Pretendo, em contrapartida, dialogar com os mesmos e, para tanto, inclusive, clarificá-los para que o leitor não familiarizado possa aproximar-se das discussões.

O primeiro capítulo, *À procura de um lugar: a introdução*, apresenta ao leitor as inquietações que me incitaram a escrever diários de bordo e, conseqüentemente, mobilizaram o surgimento da presente dissertação. Neste capítulo, esclareço sobre as narrativas criadas a partir dos meus diários de bordo e como as utilizo nesse trabalho. Em seguida, apresento a idéia central do presente estudo sobre o lugar do psicólogo no hospital e traço os objetivos pretendidos. Na sequência, explicito ao leitor considerações sobre a abordagem teórica escolhida para o presente trabalho. Neste capítulo, foi apresentada a narrativa intitulada *A pergunta que não quer calar*.

O segundo capítulo, *Cartografando o meu lugar: uma metodologia de trabalho*, define o que é cartografia e fundamenta seu processo de elaboração numa pesquisa interventiva. Caracteriza o universo do presente estudo. Aborda a escolha de narrativas obtidas a partir de diários de bordo, ampliando a discussão por meio de considerações sobre mitos de criação. Este capítulo apresenta as seguintes narrativas: *Olhando além da chuva*; *Dando voz ao que deveras sente*.

O terceiro capítulo, *Um lugar à espera: percurso da assim chamada Psicologia Hospitalar*, é subdividido em dois subcapítulos. No primeiro, realizo um histórico sucinto sobre a inserção do psicólogo na instituição hospitalar e apresento discussões sobre seu percurso até os dias atuais, levando em consideração sua denominação e objetivos, a partir de discussões e conceituações formuladas por diversos autores da área. Também apresento uma

<sup>1</sup> Autores orientados pela fenomenologia.



discussão sobre cura e responsabilidade na tarefa do psicólogo e demais profissionais dentro da área da saúde; bem como a importância de uma formação qualificada para a atuação dos mesmos. No segundo, levanto considerações iniciais sobre dificuldades do trabalho em equipe e abro espaço de reflexão sobre necessidades do psicólogo rever objetivos de sua prática no hospital. A seguinte narrativa é apresentada neste capítulo: *Reconhecendo atitudes que me destituem de um lugar.*

O capítulo quarto, *Um lugar em meio a outros lugares: como os psicólogos orientados pela psicologia analítica têm se inserido na área da saúde*, apresenta um sucinto levantamento sobre trabalhos realizados por diferentes autores junguianos. Os trabalhos encontrados abordam diferentes temas que dizem respeito a: estudos sobre diferentes temáticas em instituições de saúde; utilização de instrumentos psicológicos em ambiente hospitalar; estudos clínicos em contexto ampliado; estudos teóricos sobre aspectos psicossomáticos; estudos sobre processos psicoterápicos; estudos que abordam a temática institucional. Finalizo o capítulo discutindo sobre algumas contribuições da psicologia analítica para a prática em hospital.

O capítulo quinto, *Espreitando um lugar: um resgate da Psicologia e suas origens*, apresenta um breve resgate sobre os recursos sociais utilizados no passado para o cuidado de incômodos emocionais e físicos, bem como das figuras que caracterizavam e caracterizam até hoje ofertas desse cuidado, tecendo um paralelo à figura do psicólogo. Abre discussão sobre o espaço que foi sendo relegado à Psicologia a partir dessas figuras, ampliando reflexões sobre os propósitos da Psicologia nos dias atuais. Discute aspectos relevantes do encontro psicológico e tece algumas considerações inspiradas na vertente humanista da Psicologia. Recorre, ainda, às figuras mitológicas de Cronos e Kairós para compor as discussões. As seguintes narrativas são apresentadas neste capítulo: *Super poderes psicológicos? ; Abrindo o forno na hora necessária.*

O capítulo de número seis, *Ocupando um lugar: a Psicologia no hospital*, foi dividido em 5 subcapítulos. O primeiro discute a prática da Psicologia no hospital, definindo o conceito de lugar que cabe ao psicólogo neste contexto e discutindo sobre ética e atuação clínica. Para tanto, amplia discussões a partir dos mitos de Héstitia, Hermes e Trickster. Apresenta, ainda, os conceitos de persona criativa e self institucional. Também discute a finalidade da Psicologia no Hospital e reflete modos de se pensar a atuação do psicólogo em meio à equipe multiprofissional. O segundo subcapítulo apresenta conceitos etimológicos que fundamentam a proposta de atuação clínica, ampliando reflexões sobre o fazer clínico, em

termos de atitude e setting psicológicos. Sob esses aspectos, ainda discorre sobre questões de transferência e contratransferência. No terceiro subcapítulo, são abordadas reflexões sobre o lugar do psicólogo na equipe multiprofissional, discutindo os conceitos de sombra e persona, bem como a figura do Clown e os mitos de Hermes, Trickster, Mercúrio e Héstitia. No quarto subcapítulo, são realizadas reflexões sobre tempo cronológico e kairótico na prática do psicólogo no hospital. Discorre sobre modalidades de atendimento breve e apresenta e define o termo pronta-escuta psicológica para a modalidade de trabalho em hospital. O quinto subcapítulo reflete sobre a relação terapêutica no hospital e aborda, nesse sentido, aspectos de transferência e contratransferência. Discute, ainda, aspectos de individuação no encontro entre psicólogo e paciente. As narrativas que compõem esse capítulo são as seguintes: *Quando o corpo grita o que o coração não pode dizer; Um lugar à espera de ser habitado; Demanda experimentada e clarificada: desnudando-se em supervisão; Uma tenda montada em meio ao caos; Lado a lado com o paciente; Panos quentes? Não. Com licença.; Gavetas da memória; De que vale um momento de cuidado em meio a um fosso de abismo?; No meio do fogo cruzado; Cuidando de “entres” feridos; Quando os meus olhos não cruzam os seus; Ouvindo para ser ouvida; Uma conversa entre Cronos e Kairós.*

O capítulo final, *Habitando um lugar em constante construção: considerações finais*, encaminha algumas reflexões sobre diversas discussões abordadas no decorrer do presente estudo, não no sentido de encerrá-las, mas de mantê-las acesas. Nele, ressalto a importância da cartografia como metodologia utilizada nesse trabalho e como se deu sua escolha, reafirmando, inclusive, meus propósitos com a utilização de narrativas. Retomo o objetivo geral e os específicos, traçando breves comentários a respeito dos mesmos em relação a todo trabalho realizado. Enfatizo discussões sobre os mitos de Héstitia, Hermes e Trickster e sobre os conceitos de persona criativa, self institucional, individuação, atitude clínica e disponibilidade emocional. Isso, enquanto retomo e reafirmo o sentido do lugar do psicólogo no hospital, ampliando as discussões a respeito, especialmente, no que se refere a viabilizar sua apropriação dentro da realidade institucional e do contexto hospitalar. Discuto, ainda, reflexões tecidas a partir de meu lugar de coordenadora de um serviço de Psicologia e sobre questionamentos decorrentes desse novo lugar. Também abro espaço para uma discussão sobre o lugar da Psicologia enquanto ciência, ampliando considerações e questionamentos a respeito.

No último capítulo, *Cada um no seu lugar: referências bibliográficas*, o leitor poderá encontrar a lista de referências de todos os trabalhos cujos autores foram mencionados ao longo da presente dissertação.

A partir dessas discussões apontadas, penso ser possível promover o encontro dialético entre minhas reflexões e as de quem possa por elas se interessar. Dessa maneira, pensei que refletir, do ponto de vista da psicologia analítica, sobre modos de compreensão do meu trabalho enquanto psicóloga que atua na área hospitalar pudesse incitar questionamentos no que se refere ao lugar da Psicologia no hospital, mobilizando reflexões também em outros psicólogos que atuam na área de assistência em instituições hospitalares. Afinal, como Jung escreveu: “não somos os criadores de nossas idéias, mas apenas seus porta-vozes; são elas que nos dão forma... e cada um de nós carrega a tocha que no fim do caminho outro levará.” (Jung, sem data, citado por Bonaventure, 2006, p. 20).

## 2. CARTOGRAFANDO O MEU LUGAR: UMA METODOLOGIA DE TRABALHO

Do ponto de vista metodológico, o presente trabalho se propõe a articular teorizações sobre o trabalho do psicólogo no hospital e as questões e problemáticas que resultam do terreno de sua prática e, nesse sentido, essa articulação surge em decorrência de uma realidade social que se impõe a partir da própria história de seus atores – nós psicólogos – que se encontra em construção (Levy<sup>2</sup>, 2001b).

Utilizar de narrativas de uma experiência para mobilizar reflexões torna possível reduzir a distância que pode se abrir entre o saber teórico – e, muitas vezes, estático – e o saber prático – que implica movimento quando se propõe o interrogar dos sentidos. Essa aproximação se faz imprescindível para que a prática não se torne uma repetição automática de saberes não refletidos nem questionados.

Para os clínicos implicados em intervenções em grupos ou instituições, submetidos, por isso, à pressão de demandas múltiplas e, frequentemente, contraditórias, pareceu que, a menos que dispusessem de um lugar e de um momento em que pudessem re-interrogar suas práticas e suas interpretações, analisar as condições de exercício de seu trabalho e chegar a sua significação num plano geral, eles corriam o risco de reproduzir, sem o saber, condutas submetidas a sobredeterminações sociais ou psicológicas. (Levy, 2001b, p.81)

A pesquisa interventiva, com a qual o presente trabalho coincide, propõe a participação do pesquisador, intervindo ao mesmo tempo em que acompanha o percurso da própria pesquisa, implicando-se por sua presença. É desse lugar que se permite introduzir mudanças no território de relações no qual sua investigação se insere (Andrade, Morato & Schmidt, 2007). Além disso, parte do princípio da pesquisa realizada a partir e no desenrolar de uma prática que implica a interrogação e articulação de saberes.

Com uma visão holográfica, Vechi (2010) entende que o pesquisador faz parte do todo da pesquisa, por meio de sua psique. O autor ressalta a etimologia da palavra holograma, a saber: “aquele que remete à idéia de fazer o próprio testamento e à ação de holografar, isto é, à prática de escrever com o próprio punho.” (p. 180). Sua presença remete uma qualidade indissociável e significativa à pesquisa, em todas suas variáveis que constituem o processo e produto da mesma.

---

<sup>2</sup> Autor orientado pela fenomenologia.

A partir da modalidade de pesquisa interventiva, a metodologia por mim escolhida foi a cartografia, no sentido adotado por Rolnik<sup>3</sup> (2007): “diferentemente do mapa – representação de um todo estático – acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem.” (p. 23).

Cartografar é deixar-se impregnar pelas impressões sentidas durante o percurso; “a cartografia atravessa o tempo, nasce dos movimentos geográficos da terra... criando história.” (Aun<sup>4</sup>, 2005, p. 43).

O cartógrafo, assim como se pretendeu na presente pesquisa, participa das descobertas e as experiencia com seus próprios sentimentos. “Seu corpo é deixado vibrar nas várias frequências possíveis para encontrar sons, canais de passagem, carona para viver a existência.”. “O cartógrafo marca sua pele através dos encontros que faz em sua peregrinação” (Morato<sup>5</sup>, 1999, p. 63).

Faz-se oportuno apontar aqui um ponto de vista trazido da teoria fenomenológico-existencial que se articula com a idéia junguiana de transferência e contratransferência, ao considerar que o homem, por estar envolto a todo tempo e momento com as pessoas, afeta e é afetado por elas, o que promove um processo constante e recíproco de mutabilidade. Isso corresponde a um campo transferencial que se constela mediante experiências dadas a partir da interação entre, no mínimo, duas pessoas, enquanto essas transitam no mesmo campo (Freitas, 1990).

E, nesse sentido, torna-se impossível fazer pesquisa sem que o campo de investigação afete o pesquisador e por ele seja afetado. Penna (2007) destaca a participação do inconsciente do pesquisador no desenvolvimento de um trabalho científico, por meio de uma atitude simbólica frente ao processo de pesquisa, ou seja, numa atitude disponível e ampliada para uma experiência que poderá lhe suscitar encontro com aspectos desconhecidos e novos de conhecimento e de sentidos. Segundo a autora, ocorre uma interação ativa entre aspectos conscientes e inconscientes entre pesquisador e fenômeno pesquisado, numa dimensão individual e coletiva. Nesse sentido, essa mesma autora propõe uma perspectiva simbólica arquetípica – cujo método de pesquisa ela denomina processamento simbólico arquetípico (Penna, 2009) – para o trabalho científico em psicologia analítica, onde a relação entre pesquisador e fenômeno pesquisado é transformadora e dialética.

---

<sup>3</sup> Autora orientada pela psicanálise.

<sup>4</sup> Autora orientada pela fenomenologia.

<sup>5</sup> Idem.

Por sua vez, Andrade, Morato & Schmidt (2007, p. 201) refletem que:

Neste emaranhado, o seu olhar só se constitui enquanto olhar a partir do que olha, e o que ele olha só se constitui enquanto algo olhado a partir do seu olhar. Tal atitude manifesta-se por nunca poder ser neutro no mundo, visto que o *sendo aí* é que torna possível a produção de sentido. O que o humano realiza como sendo sua tarefa de busca de sentido, mostra-se também pelo que ele realiza como trabalho em ação.

Cartografar é também criar e significar uma história. Assim como o narrador, o cartógrafo não se preocupa em mapear, apenas informar ou relatar algo observado. Tanto na narrativa como na cartografia, penso que a marca do narrador ou do cartógrafo fica impressa “como a mão do leito na argila do vaso” (Benjamin<sup>6</sup>, 1994, p. 205). No caso de ambos – cartógrafo e narrador –, uma história é construída a partir de um caminhar que se constrói no decorrer da trajetória; sobre a qual se impregna a experiência vivida e sentida. Nesse aspecto, cabe aqui aludir a um questionamento de Benjamin (1994, p. 205), que se refere ao fato de perguntar:

se a relação entre o narrador (*e acrescentamos aqui o cartógrafo*) [itálicos nossos] e sua matéria – a vida humana – não seria ela própria uma relação artesanal. Não seria sua matéria trabalhar a matéria-prima da experiência – a sua e a dos outros – transformando-a num produto sólido, útil e único?

O conceito de *démarche* clínica será oportunamente discutido neste trabalho, porém, se torna essencial que seja aqui também mencionado, pois seu significado, e também seu sentido – marcar com os pés, *por ir caminhando* –, confere maior entendimento do trabalho do cartógrafo (Andrade, Morato & Schmidt, 2007). Isso, porque seu processo será dado passo a passo, a partir de cada experiência que constitui sua caminhada de viagem. Uma caminhada que o surpreende e o instiga, causando-lhe entusiasmo e admiração, e à qual ele se debruça a conhecer, tal como o clínico e também como uma criança, atencioso e cuidadoso para nada deixar-lhe escapar (Aun, 2005; Andrade, Morato & Schmidt, 2007).

De acordo com as palavras de Morato (1999, citada por Andrade, Morato & Schmidt, 2007, p. 202):

Cartografar refere-se a algo feito ou efetivado por um agente responsável; diz respeito a *ato e ação*. A cartografia é um trabalho pautado num olhar, numa abordagem clínica e cartografar, enquanto método, cumpre uma dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles.

Andrade, Morato & Schmidt, 2007 (p. 202) ainda completam, afirmando que:

O desenho do cartógrafo desvela simultaneamente o território e a si mesmo, pois ao caminhar pelo relevo e ao olhar para o horizonte descobre formas e contornos pelos quais torna presente uma região. Sua missão é criar língua para os movimentos, dando-lhes condições de passagem e efetuação.

Sendo assim, uma experiência sentida, com suas emoções vividas *ao vivo*, conecta-se com uma dimensão que não pode ser igual àquela de quem apenas observa sem participar do

---

<sup>6</sup> O autor é filósofo e sociólogo, inspirado por autores marxistas e freudianos, entre outros.

vivido. Quando se vive uma situação dentro dela, experimenta-se um conhecer, um explorar e um vislumbrar; ou seja, quem olha e experimenta uma situação sendo personagem dela, é capaz de conhecê-la com legitimidade, bem como experimentá-la com seus sentidos e vislumbrar caminhos.

Quem vive uma situação sendo seu personagem, é capaz de narrá-la com propriedade e delinear suas nuances, demarcações e coloridos, com conhecimento e sensibilidade legítimos.

Narrar uma vivência é, ainda, uma experiência outra, cujas emoções experimentam um passeio, cujo ponto de partida é o instante do agora. Porém, o presente é um tempo que não é fixo, pois percorre do passado ao futuro, e vice-versa, constantemente. Este passeio entre passado e futuro é o do tempo Kairós, onde o presente é apenas um vislumbre, já que é um constante ir e vir, e, nele, o que importa é o tempo sendo sentido e vivido pela experiência. É o tempo da passagem. O presente é um trânsito entre passado e futuro, pois o agora é sempre decorrência do ontem e sempre prevê o instante seguinte.

Narrar implica reviver, refletir e remeter importância ao que se viveu. E, além disso, possibilita um revisitar ao já vivido e reabrir e/ou construir (novas) portas para (en)caminhar possibilidades outras de vivências.

A história que escolhi cartografar aqui é a da minha própria experiência clínica, enquanto psicóloga na área hospitalar.

O universo ao qual correspondem as experiências que serão aqui narradas diz respeito a um hospital geral municipal, localizado na zona sul da cidade de São Paulo. O hospital foi inaugurado em 1990, porém, o serviço de Psicologia começou a ser implementado em 2004, por meio de atividades isoladas, quando os primeiros psicólogos começaram a ser contratados. Existem relatos de funcionários antigos na instituição que indicam a existência de atividades psicológicas no hospital em torno do período de 1995 a 2000 – um período em que ocorreram mudanças políticas na prefeitura de São Paulo com experiências relativas ao antigo PAS, Plano de Atendimento à Saúde, –, porém, não foi mantido nenhum registro oficial a respeito e não se sabe ao certo o tipo e o tempo de duração destas atividades.

Em 2005, iniciei meu trabalho no referido hospital, quando existiam outros dois psicólogos em atividade, sendo que os mesmos se desligaram da instituição no primeiro semestre de 2006. Apenas em dezembro de 2007, novos psicólogos foram contratados. Porém, ainda, cada um com atividades independentes de uma proposta de trabalho em equipe

e sem uma coordenação técnica. Somente em junho de 2009 se oficializou e começou a se consolidar um serviço de Psicologia e, a partir deste momento, buscou-se coesão entre as atividades e propostas do grupo de psicólogos.

Hoje, o serviço de Psicologia do hospital é composto por 11 psicólogos, distribuídos como psicólogos de ligação<sup>7</sup> pelas clínicas (cirúrgica, médica, maternidade, pediátrica e saúde mental), unidades de terapia intensiva – U.T.I. – (neonatal, pediátrica e adulta), pronto socorro (infantil e adulto) e setor de internação domiciliar (infantil e adulto).

O hospital ao qual me refiro é composto pelos seguintes profissionais técnicos: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, brinquedistas, psicólogos, assistentes sociais e médicos de diferentes especialidades (sobretudo, pediatria, neurologia, psiquiatria, clínica geral, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral e ortopedia).

Atuo como psicóloga de ligação na enfermagem e u.t.i. pediátricas, locais que servirão de cenário para a maioria das narrativas que serão compartilhadas neste trabalho. Além disso, também ocupo o lugar de coordenadora do serviço de Psicologia, desde sua oficialização, em junho de 2009.

Para realizar a cartografia desta pesquisa, proponho um estudo a partir de meus registros pessoais de experiências, idéias, sentimentos e questionamentos referentes a situações de atendimentos e supervisões de casos clínicos e de trabalho em conjunto com a equipe do hospital. Tais serão os instrumentos de trabalho da presente pesquisa. Trata-se, portanto, de uma abordagem narrativa, na medida em que o narrador, por amalgamar histórias ouvidas de quem as viveu às suas, narra também como compreendeu o que ouviu vivendo (Andrade, Morato & Schmidt, 2007).

Denominarei estes registros de diário de bordo e os mesmos se encontram em meus arquivos pessoais ou em relatórios do serviço de Psicologia da unidade. Todos os registros foram cuidadosamente transformados em narrativas. Foram escolhidos aqueles relatos que tiveram pertinência na discussão do presente estudo, dentro dos objetivos aqui propostos, mantendo a ética e o sigilo necessários.

---

<sup>7</sup> Psicólogo de ligação é aquele que compõe a equipe multidisciplinar, de modo que seu trabalho implica na presença e participação contínua e efetiva no serviço ao qual se refere (Bruscatto, 2004).



As narrativas construídas a partir de meu diário de bordo serão inseridas no decorrer de toda a presente dissertação, como forma de explicitar, ilustrar ou ampliar discussões teóricas e metodológicas.

Tratam-se de narrativas referentes a diferentes fases de meu amadurecimento e aprimoramento profissional, mas todas se referem a momentos que me suscitaram reflexões e questionamentos sobre a prática do psicólogo no hospital.

Nesse sentido, torna-se inevitável dar voz a Jung que delineou toda sua obra a partir de suas próprias inquietações suscitadas em sua história de vida:

Minha vida é a história de um inconsciente que se realizou. Tudo o que nele repousa aspira a tornar-se acontecimento, e a personalidade, por seu lado, quer evoluir a partir de suas condições inconscientes e experimentar-se como totalidade.... O que se é, mediante uma intuição interior e o que o homem parece ser *sub specie aeternitatis* só pode ser expresso através de um mito. Este último é mais individual e exprime a vida mais exatamente do que o faz a ciência, que trabalha com noções médias, genéricas demais para poder dar uma idéia justa da riqueza múltipla e subjetiva de uma vida individual. (Jung, p. 31, 1961/2006)

Para Jung, mergulhar em suas próprias reflexões e transformá-las em ciência se tratava, antes de uma tentativa de compreensão, de um ato de responsabilidade para com os conteúdos que de dentro dele emergiam e que não podiam ser negligenciados. A cada vez que se debruçava sobre si mesmo, adquiria novos conhecimentos e isso o impulsionava a uma atitude ética, no sentido de atribuir-lhes forma, palavra e caminho compartilhado (Bonaventure, 2006).

Transformar em narrativas minhas vivências de trabalho é um processo que posso chamar de visceral. Isso, porque se trata de uma experiência que revive e inaugura emoções que são densas e portadoras de uma intensidade própria. Nesse sentido, narrar não me é tarefa fácil. Foram muitos os momentos em que as memórias surgiam, acompanhadas de emoções e sentimentos de forte densidade, e eu as sentia sem que a presença do papel me ajudasse a traduzi-las em palavras. Por isso, um processo que surge num experimentar de lembranças que me levam a sentir emoções e que, ao seu tempo, vão se refletindo – nem sempre se traduzindo exatamente – em palavras. Por meio do excerto abaixo, retirado de meu diário de bordo durante um momento do processo de construção da presente dissertação, procurei expressar-me um pouco mais a respeito.

### *Olhando além da chuva*

*O branco da página assusta... Parece me colocar imóvel, em tantas possibilidades do que e como escrever. Tantas possibilidades também assustam... Afinal, qual é a que quero escolher? Escolha é o que devo fazer para falar de meu trabalho... algo tão sentido que é*

*difícil, e às vezes me parece quase impossível, descrever e traduzir em palavras. Mas, impossível talvez não seja e a essa questão vou tentar responder ao final deste percurso; e espero que a resposta seja não, que impossível não o seja. O que é preciso é escolher um caminho; e que se pareça mais confortável, de acordo com a paisagem que quero encontrar ou apresentar e que esteja em sincronia com o que quero dizer.*

*Para falar de meu trabalho, terei que resgatar coragem para contar o que me é tão íntimo, afinal, estarei falando não apenas como um narrador, mas como alguém que vivencia e, portanto, como quando um poeta fala. Ele sabe o que fala exatamente porque o sente. Não que eu consiga escrever como tal, quem me deu... mas, permito me sentir uma poetiza ao falar com a alma sobre algo que se observa mas que também se sente.*

*Por onde começar? Essa é a pergunta que não se cala, enquanto vejo a folha em branco. Mas, quando a olho, vejo também imagens de pessoas, de situações, de sentimentos. E escrever as imagens, não apenas descrevê-las, mas falar sobre elas a ponto de conseguir colori-las com os sentimentos e emoções que as envolve, parece-me ser uma arte.*

*Fico pensando se o que torna essa tarefa difícil seja o fato de querer dizer o que possa interessar aos outros. Mas, dou-me conta de que, se tudo isso partiu do ponto que interessou a mim, por que não falar do que me causa interesse?! Talvez, assim, possa ter algum valor a outros. Para que eles possam ouvir de quem vivencia coisas que provocam essa necessidade de expor suas idéias, sentimentos, emoções, reflexões.*

*Falar de meu trabalho é, para mim, poder falar além do que apenas Eu posso ver. É como olhar pela janela, como faço agora ao escrever essa tentativa de introduzir meus relatos. Vejo casas, ruas, prédios e um céu nublado. Mas, quando olho com cuidado e atenção, vejo, através do vidro da janela, uma garoa fina que cai; vejo pessoas andando, ainda tranqüilas, enquanto não se dão conta das gotas que as tocam, outras já começam a abrir seus guarda-chuvas. Ao fundo do céu nublado, vejo raios do sol que se esconde, que hoje preferiu repousar em cima das nuvens. A garoa engrossa e começa a chover. Posso simplesmente olhar as formas que as gotas da chuva deixam no vidro da janela ou olhar além, sem deixar de ver as gotas, mas vendo também o asfalto molhado, os carros com os vidros fechados. E, ao mesmo tempo, sentir o cheiro da chuva, a umidade que fica no ar e em minha pele, ao me aproximar da janela, agora com o vidro aberto...*

Elaborar narrativas de experiências vividas corresponde a um processo de criação. E, como tal, coloca-nos diante do mistério sobre o elemento final que surgirá do confronto entre

experiência e questionamento, o qual ainda é desconhecido e ao qual se encaminha o processo.

Parece ser necessário um momento de discriminação para que, da confusão, a ordem emerja, tal como nos mitos de criação onde o cosmos nasce do caos, conforme no mito abaixo:

Antes de existir o mar, a terra, e o céu acima de tudo, a face da Natureza mostrava-se do mesmo modo em toda sua extensão; a esse estado os homens chamavam de Caos: uma primitiva e desordenada massa de coisas, nenhuma delas com a menor distinção das outras, e com as sementes ancestrais de todos os elementos confundidas em uma única matéria. Nenhum sol tinha ainda iluminado o mundo, nem a pálida lua renovado sua graciosa forma de crescente, nem a terra havia equilibrado seu próprio peso no ar circundante, nem os mares tinham ainda estendido seus braços ao longo das terras distantes. E mesmo existindo terra e mar e ar, ninguém podia pisar a terra ou nadar no mar e o ar era escuridão. Forma alguma permanecia a mesma. Todos os objetos eram bizarros, pois, em um mesmo corpo, quente e frio se confundiam e, seco e úmido, coisas duras com macias, o que tinha peso com o imponderável.

Deus – ou mais bondosamente Natureza – apaziguou tal desordem, pois ele separou céu e terra, mar da terra, e separou os céus etéreos da densa atmosfera. Quando então ele libertou esses elementos desse estado de mistura cega de coisas, pôde colocá-los nos seus devidos lugares e uni-los firmemente em harmonia. (Edinger, 1995, p.145-146)

E, nesse processo de discernimento e discriminação de cada elemento, é que cada um vai sendo colocado em seu devido lugar, possibilitando, assim, uma nova integração, dessa vez, inter-relacionados mais claramente.

Segundo von-Franz (2003), civilizações antigas e também atuais, quando confrontadas com algo embutido de mistério, projetavam símbolos mitológicos que desencadeavam mitos de criação. Diferentemente dos outros tipos de mitos, os mitos de criação dizem respeito aos problemas mais básicos da vida humana, correspondendo a um encaminhamento de sentido da experiência, “não só da nossa própria existência, mas da existência do cosmo inteiro” (von Franz, 2003, p. 9).

Ainda segundo a autora citada, os mitos de criação são produções criadas pelo inconsciente frente ao mistério que envolve tudo o que diz respeito à origem da natureza e da existência humana. E, da mesma maneira, novos mitos de criação são produzidos quando nos confrontamos com situações ou perspectivas que nos impõem limites em relação ao desconhecido.

Os mitos de criação trazem em si, portanto, aspectos que são desconhecidos, por isso misteriosos, que podem ser associados ao símbolo do uroboros, o qual, por sua vez, caracteriza a matéria desconhecida e que serve de essência à criação.

Uroboros refere-se a um estado de indiferenciação que acontece em estágios iniciais do desenvolvimento humano, durante o qual não é possível determinar limites entre

consciente e inconsciente, entre mundo interno e mundo externo. De acordo com von Franz (2003), refere-se a um estado de “completa igualdade” e “identidade arcaica” (p. 13) que repercute em processos psicológicos de criação de representações munidas de idéias sobre as quais inicialmente não há clareza sobre o aspecto subjetivo embutido nelas.

Nesse sentido, elaborar narrativas de experiências implica estar diante do mistério que é o elemento final ao qual quero chegar. Implica, inclusive, partir de uma disposição inicial que contempla uma fusão, em termos simbólicos, de elementos da experiência que estão em processo de discriminação. Inicialmente, o que se conhece é o confronto entre experiência e questionamento. A partir disso, um terceiro elemento irá surgir, tal como se pretende por meio desta dissertação: uma nova experiência outra. *Nova e outra* porque, a cada questionamento e a cada elaboração e confronto de narrativas, nunca se sai de modo igual ao do ponto de partida.

Mas, por fazer parte de um processo, esse elemento se refere, em princípio, a algo ainda desconhecido. E, por mais que esse elemento seja implicado de intenções, sua produção final recai no mistério frente ao poder da criação: a criatividade incide no mistério de algo que, na sua essência de ser desconhecido, mobiliza o vir-a-ser e, somente quando criado, e, portanto, quando receber a luz da vida, poderá ser dado a conhecer.

De acordo com von-Franz (2003), os mitos de criação revelam uma percepção consciente sobre o mundo que os cerca. Percepção, esta, que precede a um processo inconsciente. Tais mitos possibilitam uma busca de direcionamentos para questões de densa e intensa profundidade, por meio de confrontos de idéias e sentimentos. Os mitos são portadores de conhecimentos implícitos que são vitais e dão sentido a determinados aspectos da vida.

A atitude favorável frente a isso parece ser a de abertura para que venham à consciência os conteúdos novos mobilizados pelo inconsciente. A experiência de criação encaminha a consciência para uma atitude de despertar (von Franz, 2003). O processo criativo de narrar histórias implica um processo de percepção consciente frente ao mistério urobórico que a experiência mobiliza. Ou seja, à medida que elaboro narrativas, encaro o confronto entre a experiência e os questionamentos por ela mobilizados, e, portanto, legitimados por emoções e sentidos, e encaminho uma nova percepção sobre a experiência. No entanto, isso não descaracteriza o aspecto arquetípico que essa mobilização carrega, o que, portanto,

possibilita que outros venham a se identificar, tal como nas projeções mitológicas, com as reflexões aqui elaboradas.

Para von Franz (2003), é possível identificar “ a presença de motivos de criação *sempre que o inconsciente estiver preparando um avanço fundamentalmente importante na consciência do indivíduo.*” (p. 23, itálicos da autora).

Ao comentar sobre a repetição dos mitos de criação em situações específicas, von Franz (2003) faz referência ao uso de mitos cosmogônicos, mitos de fundação e mitologia quando novas casas são fundadas. Para ela, sempre que um alicerce de uma casa é fincado no chão por uma pessoa, o mundo é novamente recriado por ela. A autora conta que:

Na baixa Idade Média, quando os vikings ou os anglo-saxões davam o primeiro passo para se estabelecer em novo território, construíam um altar e repetiam o mito da criação, significando com isso que aquele território antes não havia existido e que só agora, com a presença deles, e tendo entrado em seu campo de consciência e sido conscientemente submetido a algum tipo de ordem, é que o criavam entrando nele e se instalando em tal lugar. (p. 27)

Essa referência me remete ao processo em busca da apropriação e do alicerce do lugar do psicólogo no hospital, ao qual as narrativas aqui elaboradas correspondem. Busco, assim, fazer da presente dissertação um rito de passagem, dentro de um processo de criação.

Segundo Freitas (1987), “os ritos são formas estabelecidas de se canalizar a energia psíquica, evitando que ela se disperse, favorecendo sua transformação e levando, como resultado, a pessoa que por eles passa a adquirir uma nova condição no contexto social.” (p. 10). Nesse sentido, este trabalho corresponde a um evento de passagem que me possibilitou ampliar recursos para transitar a uma nova condição de amadurecimento pessoal.

Narrar minhas experiências é um caminho que me permite reconstruir e reconduzir minha história, revendo o vivido, revivendo-o e re-encontrando-o(me). Tal como um viajante o faz ao resgatar seus diários de viagem, recolocando-se por detrás do olhar de uma criança, avançando em afeto e curiosidade sobre os contornos que ficaram marcados pelas experiências de passagem e que ainda lhe instiga a re-conhecer. (Andrade, Morato & Schmidt, 2007; Aun, 2005)

Essa nova experiência – a narrativa – possibilita-me resgatar os fios e desamarrar os nós deixados para trás a fim de buscar outras formas de coser as experiências a serem tecidas à frente. E, assim, encontro sustentação nas palavras de Rolnik (2007):

A cartografia... acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (p. 23)

Aquele que experiencia uma vivência de maneira que esta seja reduzida à imediatez do presente, submetendo-se à “facticidade bruta do existente” (Cardoso<sup>8</sup>, 1997, p. 170), inaugura uma estória sem história, uma vez que a possibilidade de narrá-la coloca-se ausente (Sarlo<sup>9</sup>, 2005; Cardoso, 1997).

Quando uma história é narrada, ela emerge à vida e abandona a sorte de ficar escondida ou esquecida no passado, tornando-se perene.

Ninguém que tenha lido poderá apagar por completo o resíduo de uma leitura: perdem-se os detalhes ou o traçado geral, a ordem dos acontecimentos ou das imagens, mas algo permanece desafiando o tempo e o esquecimento. (Sarlo, 2005, p. 26)

O diário de bordo é uma forma de registro que “transpassa um simples relatório descritivo: ela diz de nós com todo nosso envolvimento, percepções e sensações.” (Aun, 2005, p. 01).

O narrador, assim como o cartógrafo, possui a tarefa de “dar língua para afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2007, p. 23). E, como “expressão do vivido” (Aun, 2005, p. 15), o diário de bordo possibilita reconstruir e recriar experiências de tal forma que novas marcas de emoções e sentidos se impregnam pela escrita.

#### *Dando voz ao que deveras sente*

*Traduzir em palavras o que sinto parece ser algo de uma façanha tamanha. Isso, porque sinto; e apenas sinto. E há coisas que sinto que não se traduzem dizendo, mas apenas sentindo.*

*No entanto, o que sinto pede para sair e fazer-se sentir (e sentido) do lado de fora. Há um turbilhão de coisas sentidas que pedem um sentido. Mas, como me expressar? Busco caminhos para transpor de dentro para fora aquilo que ainda não sabe falar, mas que necessita com outros conversar.*

*Recorrendo às artes, talvez pudesse fazê-lo sem palavras. Uma artista plástica poderia usar do tato. Uma atriz poderia emprestar de seu corpo e trazer ao palco, dando personalidade àquilo que se sente, numa cena muda, talvez. Uma bailarina poderia usar da sensibilidade do corpo em encontro da música e também assim se expressar. Um músico poderia dar melodia àquilo que apenas sente. A arte permite transpor barreiras daquilo que não precisa ser entendido, mas que pode ser compreendido pelos sentidos, não necessariamente pela razão.*

<sup>8</sup> A autora é psicanalista e socióloga.

<sup>9</sup> Autora argentina que faz abordagens críticas político-culturais da contemporaneidade.

*Mas, não seria a Psicologia também uma arte? A arte de escutar aquilo que pede (para ser) sentido; a arte de olhar para aquilo que se sente e nem sempre se vê; a arte de encontrar um outro que nunca se viu e que, muitas vezes, jamais outra vez o virá, podendo fazer desse momento um encontro de sentidos onde a razão nem sempre se senta ao lado.*

*Mas, escrever, que também é uma arte, é uma ação que se utiliza da composição de formas de pensar para poder dizer e encaminhar um sentido àquilo que deveras se sente. Escrever é como bater à porta de quem não se conhece: é preciso se apresentar e se fazer entender por que se está ali. É também promover um encontro, mas, neste caso, por meio de palavras que não se ouve, apenas se sente. É como um encontro onde tempo, corpos e espaço de autor e leitor não co-existem; mas a palavra os conecta e faz, daquele encontro, único a cada nova leitura. Assim é a tarefa que agora me proponho. Fazer-me entendida naquilo que sinto a fim de sugerir (novos) sentidos em outros que, num momento outro, se conectarão a mim pelo que aqui e agora componho. Por isso, não é fácil. Parece-me mesmo uma façanha conseguir expressar fidedignamente o que sinto de forma que o outro compreenda. Por isso, o que ressoa, assim o faz no outro e pelo outro, através daquilo que num momento anterior também ressoou naquele que compôs o que se está escrito.*

*Mas, na verdade, não sei se o que desejo é mesmo ser compreendida. Talvez, o que sinto apenas peça para transpor um lugar a fim de que possa se expressar. E, quem sabe, consiga tocar e viajar nos sentidos de outros por aí.*

“A possibilidade de falar a própria história significa ainda a possibilidade ‘que o sujeito tem de reconhecer-se ou estranhar-se’ em relação a ela.” (Tânis, 1995, p. 33, citado por Cardoso, 1997). E, nesse percurso de estranhamento e reconhecimento, o narrador “não fala de si para garantir a permanência de sua identidade, mas... ao contar sua história, se desfaz de representações definitivas e ousa afirmar-se na incerteza” (Gagnebin, 1994, p. 103 citado por Cardoso, 1997, p. 179).

Assim como numa sessão analítica, também na narrativa, aquele que fala para um outro encontra, nessa via de linguagem, eco para sua própria fala. No entanto, faz-se necessário que essa narração retorne para dentro de quem fala, quando este poderá reconhecer-se e saber-se reconhecido por um outro que o escuta (Cardoso, 1997).

Registrar experiências por meio de diários de bordo é uma forma de protagonizar a própria história e olhar-se no espelho (Aun, 2005), olho no olho. E, ao narrá-los a um terceiro,

compartilha-se sentimentos e emoções vividas, mas, não apenas isto – apesar disto não ser pouco nem simples –, o compartilhar abre brecha para uma nova maneira de olhar para si novamente, construindo-se e se desconstruindo, concomitantemente, numa busca de rumos outros.

Para o próprio Jung, o desenrolar de sua obra se deu a partir de sua relação consigo mesmo. No livro autobiográfico *Memórias, Sonhos e Reflexões*, publicado apenas após seu falecimento (de acordo com sua própria exigência), Jung deixa isso claro, conforme o trecho abaixo:

Minha vida e minha obra são idênticas. A leitura deste livro será, portanto, difícil para aqueles que não conhecem meus pensamentos ou não os compreendem. De certa maneira, minha vida é a quintessência do que escrevi e não inversamente. O que sou e o que escrevo são uma só coisa. Todas as minhas idéias e todos os meus esforços, eis o que sou. Assim, a “autobiografia” representa apenas o pequeno ponto que se põe sobre o i. (Jaffé, 1961/2006, p. 28)

Suas memórias deixam claro que:

Foi nesse estado psicológico de realização de si-mesmo que Jung escreveu a história de sua vida. Em nada se tratava de um olhar estético sobre si próprio, ainda que fosse de aspecto científico ou intelectual, mas sim de um conhecimento real e objetivo adquirido somente através de uma experiência vivida. (Bonaventure, 2006, p. 17)

Justamente por evocar lembranças e possibilitar reconstituí-las, “narrar é deixar sangrar, recordando palavras que se deixaram marcar” (Aun, 2005, p. 19). E, fazendo alusão às palavras de Clarice Lispector (sem ano, citada por Aun, 2005, p. 19): “não, não é fácil escrever. É duro como quebrar rochas. Mas voam faíscas e lascas como aços espelhados”. Porém, ainda assim, “a narrativa é necessária; é estória, e estória para ser estória precisa ser contada, compartilhada. E o compartilhar, o dizer, é a própria condição do existir do ser homem.” (Aun, 2005, p. 20).

Muito se discute sobre a dificuldade do trabalho do psicólogo em hospitais ser devida aos obstáculos causados pela equipe, como, por exemplo: falta de reconhecimento, falta de abertura, falta de entendimento. Embora essas dificuldades não precisem necessariamente ser negadas, o psicólogo deve caminhar além delas, construindo um olhar que supere o “por que” e avance para o “como” e “para quê”. Isto é, quando deixamos de nos ater apenas ao *por que* de nossas dificuldades, conseguimos olhá-las de uma forma mais ampliada e vislumbrar possibilidades de “como” enfrentá-las e, ainda, percebê-las e reconhecê-las como instrumentos para um desenvolvimento que leve para algum outro lugar, que não apenas aponte e projete entraves. Esse movimento encontra apoio no ponto de vista prospectivo proposto por C. G. Jung, enquanto uma visão que busca um direcionamento, novo ou resgatado, para a experiência.



Hoonard<sup>10</sup> (2008) aponta para a necessidade de se “estourar a bolha”, o que condiz com a mudança de uma postura mais rígida. Este conceito é cunhado pelo autor ao se referir à relação pesquisador-pesquisado e aqui lhe faço alusão, no sentido de destacar a necessidade que percebo de que nós, psicólogos, saíamos de uma posição preconcebida e estereotipada de conhecimento a fim de abrir passagem para um universo ampliado que possibilite entendimentos mais livres para reflexões e discussões onde nos apropriemos de nossas responsabilidades frente à nossas próprias dificuldades e limites.

Realizar uma discussão a partir de material extraído do próprio campo de atuação do pesquisador pode apresentar dificuldades de análise, mas também pontos bastante enriquecedores, tal como a pesquisa realizada por Lerner<sup>11</sup> (2008). Este autor realizou um trabalho de mestrado numa instituição onde ele compunha o corpo clínico, utilizando-a como objeto de sua pesquisa; e experimentou entraves relevantes em relação à análise dos dados, mas que, porém, não obstaculizaram a pesquisa, a saber: devido ao seu olhar contaminado e submetido pelo mecanismo de compreensão dos casos sustentado pela equipe em tal instituição, foi preciso um afastamento e o auxílio de terceiros – no caso, colegas e a orientadora do trabalho – para reconhecer os pontos obscuros e que mereciam revisão e reflexão. Além disso, o autor precisou lidar com a decepcionante percepção de que compartilhava do mesmo olhar e compreensão da equipe dentro do mecanismo estabelecido pela instituição, sendo-lhe necessário recriar manejos para lidar com o reconhecimento, obtido a partir de sua pesquisa, de que discordava das orientações traçadas e estipuladas pelos mecanismos desta instituição. No entanto, paralelamente e a partir destes pontos dificultosos de análise, o pesquisador modificou sua forma de se posicionar dentro da equipe e, inclusive, no que se refere à sua compreensão e postura em seus atendimentos clínicos.

Lerner (2008) ainda enfatiza um olhar para a implicação ética na orientação do trabalho de todo profissional e destaca o mérito das instituições que se permitem ter os seus discursos e “fundamentos constitutivos” analisados, “exercendo o poder de interrogar-se acerca do seu fazer com honestidade, coragem e humildade” (p. 235).

Elaborar narrativas a partir de minha própria experiência coloca-me na posição de porta-voz de muitas outras vozes. Ou seja, não é só a respeito da minha experiência que quero aqui refletir e discutir, mas quero fazê-lo *a partir* dela e a fim de ultrapassar muros que alcancem as experiências de outros psicólogos que possam ou se disponham também a refletir

---

<sup>10</sup> Autor orientado na área de pesquisas científicas.

<sup>11</sup> Autor orientado na área da saúde e psicanálise.

sobre suas experiências, interrogar saberes e questionar sobre a prática da Psicologia no hospital. Pretendo que minhas narrativas abram um diálogo com as outras vozes que falam por meio das histórias que vivi.

Afinal, o diário de bordo permite expressar uma biografia profissional, de forma que se possa testemunhar e denunciar conflitos de uma experiência que é singular e plural, pois, “embora única, sua biografia contempla as diversas outras que a ela se entrelaçaram” e ainda se entrelaçam (Aun, 2005, p. 20).

Narrar minhas experiências no hospital, por meio de meus próprios diários de bordo, poderá levar outros profissionais da área a também olharem para suas próprias experiências e buscar recursos e direcionamentos outros que permitam rever, ampliar, recriar e apropriar sua condição e atuação profissional. Nesse sentido, a narrativa escrita abre um espaço para a passagem. Uma passagem que vai da experiência experimentada àquela revivida, tanto pelo narrador quanto pelo leitor, o que abre possibilidades para um espaço outro, agora de criação de sentidos (Aun, 2005). Portanto,

A narrativa, tendo como fonte o vivido ou a experiência direta, torna todos, e cada um, autoridade, no sentido de que cada um, e todos, enquanto portadores do vivido, estão autorizados a falar: faz circular a palavra, concedendo a cada um e a todos o direito de ouvir, de falar e de protagonizar o vivido e sua reflexão sobre ele. (Morato & Schmidt<sup>12</sup>, 1999, p. 127)

---

<sup>12</sup> Autoras orientadas pela fenomenologia.

### **3. UM LUGAR À ESPERA: PERCURSO DA ASSIM CHAMADA PSICOLOGIA HOSPITALAR**

#### *3.1 Histórico da Psicologia Hospitalar e desafios para a Psicologia na área da saúde*

Historicamente, o psicólogo está inserido na área hospitalar desde 1818, quando foi incluído na equipe multiprofissional no Hospital MCLenan, em Massachusetts (Bruscato, 2004).

No Brasil, a capital de São Paulo foi pioneira na área da Psicologia Hospitalar. O psicólogo começou a trabalhar em hospitais desde a década de 1920.

Na década de 30, começam a ser fundados os primeiros Serviços de Higiene Mental, quando o psicólogo começa a ser incluído junto à psiquiatria. Porém, somente nos anos 50 iniciaram-se movimentos mais consistentes para a inserção do psicólogo em hospitais gerais (Bruscato, 2004).

Segundo Bruscato (2004), entre os anos de 1954 a 1957 foram efetivamente criados os primeiros serviços de Psicologia em hospitais, mais especificamente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, destacando-se o nome de Matilde Neder que inaugurou o trabalho de Psicologia Hospitalar na Clínica de Ortopedia e Traumatologia. Mais tarde, em 1974, Belkiss Wilma Romano Lamosa implantou o Serviço de Psicologia no Instituto do Coração, também na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Bruscato, 2004).

Gradativamente, a Psicologia foi ocupando espaços em hospitais de vários Estados do Brasil. Enquanto especialidade, a Psicologia Hospitalar foi reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no ano de 2000 (Bruscato, 2004; DeMarco, 2003a; Ismael, 2005; Lamosa, 1987), juntamente ao reconhecimento de outras especialidades.

A inclusão do psicólogo em alguns serviços de saúde já foi formalizada pelo Ministério da Saúde, tais como: nas Unidades de Terapia Intensiva, nos atendimentos a gestantes de alto risco e nas equipes de transplantes de órgãos, por meio das Portarias nº

2042/1996, 3407/1998 e 3432/1998 (Bruscato, 2004). Em 2003, foi apresentado ao Senado Federal o Projeto de Lei nº 77/2003 (2003), tornando obrigatória a presença de Psicólogo Hospitalar nos serviços de saúde pública e privados, com o objetivo de “promover o alívio de sofrimento do enfermo” (Conselho Regional de Psicologia-CRP, 2003; Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004). Este projeto foi arquivado em janeiro de 2007.

Nesse percurso de mais de 50 anos, idéias, objetivos e propostas de atuação, alguns similares e outros que trazem contrapontos, têm sido difundidos na área da Psicologia Hospitalar. Nesse sentido, não posso deixar de mencioná-los para traçar minha discussão a respeito do tema.

O Brasil é o único país a utilizar a denominação *Psicologia Hospitalar* (Castro & Bornholdt, 2004). No entanto, mesmo no Brasil, existem diversas outras denominações, tais como: Psicologia em Hospital Geral, Psicologia Clínica em Hospitais; Psicoterapia Hospitalar.

Para Bruscato (2004), o termo Psicologia Hospitalar não se refere mais a um local de atuação e, sim, a um campo de conhecimento que se encontra num percurso de definição e dimensionamento. Para a referida autora, isso promove um reconhecimento e inclusão cada vez maior do psicólogo enquanto profissional de saúde e, paralelamente, exige dele um maior preparo e consistência no que se refere aos objetivos de sua prática, bem como assertividade, praticidade e clareza no trato com o subjetivo.

Atualmente, tem sido difundido o termo *Psicologia da Saúde* para denominar o trabalho do psicólogo em instituições hospitalares, assim como em todo o rol de atividades da Psicologia na área da saúde (DeMarco, 2003a; Spink, 2007b ). Tal denominação justifica-se para que o espaço físico não venha a denominar o seu campo de atuação, o que restringiria sua prática e dispersaria, de forma cada vez mais fragmentada, as práticas psicológicas; no caso do psicólogo no hospital, poderia levar a uma falta de clareza e dificuldade ainda maior de consolidar sua identidade e atuação (DeMarco, 2003a). Nesse sentido, parece mais oportuno denominar *Psicologia na área da saúde*, assim como dizer da Psicologia *em* instituição hospitalar, por exemplo, a fim de se referir a respeito de onde a Psicologia se insere e não de onde é propriedade ou está submetida. Não é a saúde (assim como a educação, o esporte, a organização, o hospital, etc.) que deve determinar o caráter da Psicologia, mas ela própria e, dessa forma, o psicólogo continua fazendo Psicologia em qualquer local ou área de atuação.

Para Spink (2007b), a Psicologia tem experimentado mudanças no modo de se fazer presente na área da saúde que repercute em novas necessidades teóricas. Essa mesma autora discute que, de início, a Psicologia foi inserida entre as profissões da área da saúde por consequência da necessidade de aplicação de conhecimentos técnicos advindos da área clínica, sem um questionamento deste movimento de transposição. Bruscato (2004) ressalta que, no início do trabalho do Psicólogo Hospitalar, o modelo clínico de consultório era transferido para a instituição hospitalar, o que era devido ao pioneirismo do trabalho nesse contexto e, conseqüentemente, pela carência de um modelo de assistência e pela indefinição de demanda a ser atendida. Com o tempo, devido ao crescimento do número de psicólogos atuantes na área e à prática que se acumulava e que gerava uma necessidade de contextualização, foram se determinando condições férteis para que uma Psicologia da Saúde pudesse ser estruturada. Nesse sentido, Spink (2007b) entende a Psicologia na área da Saúde como um novo campo de saber.

Spink (2007b) ainda aborda um ponto importante que se refere à postura adotada pelo psicólogo que, no início, isoladamente, percorria o campo da saúde. O ponto de vista, o referencial e a postura médica eram adotados e repetidos pelo psicólogo sem que se questionasse sobre sua natureza e finalidade para a prática médica. Desse modo, frequentemente, inseria-se na equipe como o “facilitador do processo de tratamento” (Spink, 2007b, p. 31), com raras oportunidades de autonomia em sua prática. “Nessa perspectiva, caberia aos psicólogos preparar o paciente para a cirurgia e outras intervenções e, de modo geral, *segurar a barra* quando o paciente expressasse suas emoções, restituindo-o ao papel de agente passivo.” (Spink, 2007b, p. 31, *itálicos da autora*).

Essas discussões fazem-me lembrar de momentos em que me senti um bombeiro. Solicitada a apagar um incêndio, em situações onde na emergência de emoções, ninguém sabia o que fazer e lhes parecia que somente eu, enquanto psicóloga, teria a mágica para contornar a situação. No entanto, fiquei surpresa ao me dar conta de que eu mesma estava perpetuando essa função, tal como discorro na seguinte narrativa – referente a momentos iniciais de maior amadurecimento profissional:

***Reconhecendo atitudes que me destituem de um lugar***

*Eu estava entrando num quarto para atender uma criança e, de repente, vi na pracinha uma mãe chorando alto e angustiadamente. Espontaneamente, aproximei-me e vi que uma auxiliar de enfermagem lhe passou o braço pelo ombro e se dirigiu com ela para outro local mais reservado, provavelmente para seu quarto. Olhei para a auxiliar e lhe*

*indiquei que eu poderia atender a esta mãe. A auxiliar se retirou e eu levei a mãe para seu quarto a fim de conversarmos.*

*Quando eu vi, já havia feito o que depois me causou arrependimento. Percebi que minha atitude poderia ter sido diferente. Eu poderia ter permitido que a auxiliar acolhesse a emotividade da mãe, dizendo-lhe apenas que, se ela precisasse, eu estaria “por ali” e poderia lhe dar algum suporte.*

*No entanto, com a atitude que eu tive, reforcei a idéia de que quem chora sempre deve ser atendido por um psicólogo. Reforcei a idéia do psicólogo como bombeiro, que está sempre à disposição para apagar incêndios. Eu poderia ter segurado minha (e de mais ninguém) necessidade em ajudar e deixado a auxiliar experimentar suportar a situação, ouvindo a mãe e acolhendo-a, tal como começou a fazer. Mas, eu a interrompi. Não segurei o meu impulso e quebrei uma ação que eu mesmo prego: a de que qualquer profissional pode dar escuta e atenção, inclusive, a casos de choro.*

*Deixei de atender a um outro paciente que, inclusive, esperava por mim. Pedi que este pudesse me esperar um pouco mais e atendi a um caso que a própria auxiliar de enfermagem poderia ter acolhido e contornado.*

*Claro que eu poderia ter oferecido um espaço de atenção e escuta a essa mãe, independente do acolhimento da outra profissional. Mas, eu não precisava tê-la impedido de desempenhar uma ação que, ao seu modo e possibilidade, também lhe cabe.*

Spink (2007b) aponta para as dificuldades enfrentadas pelos psicólogos em equipes de saúde, devido à falta de clareza sobre o seu papel nesta inserção. E, em contrapartida, destaca a falta de embasamento teórico prático necessário para compreensão dessa nova forma de atuação. Numa pesquisa realizada (Spink, 1995 citada por Spink, 2007b) sobre a prática profissional em unidades básicas de saúde, pode ser destacado o dilema dos psicólogos ao entrar numa instituição de saúde. *Como, onde e com quem atuar?* Este se mostrou um questionamento que eu também me fiz em meu caminho de inserção na área hospitalar e que tive que percorrer buscando renovados arsenais.

Nesse aspecto, hoje é imprescindível que nos cursos de graduação sejam evocados temas pertinentes a inserção do psicólogo na área da saúde.

Segundo Carvalho (2009), a Psicologia foi uma das últimas profissões a se inserirem na área da saúde, compondo equipes de Unidades Básicas de Saúde apenas a partir de 1980. A autora destaca que, em 2006, a formação de psicólogos para as políticas públicas de saúde

foram pauta de uma série de debates promovidos pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), tendo como consequência uma pesquisa sobre a prática profissional e produção acadêmica da Psicologia no âmbito da saúde pública (Spink, Bernardes & Menegon, 2006). Essa pesquisa foi desenvolvida a partir de um acordo – Carta de Acordo nº BR/LOA/0500095.001 – entre a ABEP e o Ministério da Saúde (MS) com a interveniência da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja orientação se deu por meio da política de educação para ao SUS (AprenderSUS), tendo como meta sustentar e oferecer recursos para o debate sobre a formação em Psicologia para a prática no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta, desenvolvida em parceria pelos Ministérios da Saúde e Educação, coordenada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O Aprender-SUS tem como propósito mobilizar instituições de ensino superior no sentido de potencializar mudanças curriculares embasadas numa reflexão coletiva sobre políticas públicas de saúde (Spink, 2007a).

O acordo realizado entre a ABEP e o MS/OPAS teve como objetivo central a sistematização da presença de psicólogos no SUS e contemplou dois eixos. Um deles consistia em oficinas regionais promovidas pelo Aprender-SUS; o segundo tinha como propósito a realização de pesquisa que mobilizasse e subsidiasse estratégias de transformações na formação acadêmica de psicólogos para a atuação no campo da saúde, de modo que experiências da Psicologia se articulassem com os princípios do SUS (Spink, 2007a).

Para Ferreira (2007), o SUS contempla todas as formas de contribuição consideradas típicas da Psicologia. Para que um diálogo aconteça, torna-se crucial que a realidade brasileira seja levada às salas de aula dos cursos de Psicologia, pois uma capacitação dos profissionais psicólogos para os serviços de saúde pública se mostra preponderante.

Spink e Matta (2007) ressaltam que cabe a todos os profissionais o compromisso de construir e estruturar o sistema de saúde brasileiro. E, em especial, aos psicólogos, o primeiro desafio concerne a construção de saberes e práticas que dialoguem e estejam em sintonia com valores e ideais do SUS. Seu desafio segundo se refere, segundo a autora citada, à noção de indivíduo.

A perspectiva diagnóstica e clínica, que tem sido produzida nas unidades de saúde do SUS por meio de práticas dissociadas dos contextos sócio-sanitários e da integralidade, trazem a marca do enorme desafio de formação, pesquisa e organização do trabalho que a Psicologia tem pela frente. (Spink & Matta, 2007, p. 45)

A iniciativa do Pró-Saúde, programa sobre o qual discorrerei adiante, reforça a necessidade de que seja repensada e discutida a inserção do psicólogo na área da saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2005; Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007).

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e com a Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde, lançou em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Educação Profissional em Saúde, conhecido como Pró-Saúde. Em 2006, o Pró-Saúde foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007). Trata-se de um programa que visa reorientar a formação de profissionais de saúde, de modo que sua capacitação seja direcionada a responder às reais e concretas necessidades da saúde pública da população brasileira, com vistas a fortalecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa considera que a crise no setor da saúde encontra grande parcela de responsabilidade no distanciamento entre formação acadêmica e efetiva prestação de serviços, o que é possível observar, inclusive, em muitas academias de Psicologia, quando o interesse, muitas vezes institucional e devido a questões capitalistas, prevê uma formação que lhes é conveniente e cujo ensino nem sempre atende às reais necessidades de referência e contra-referência à rede do SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2005; Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007).

Inicialmente, esse programa se dirigiu apenas à graduação em medicina, enfermagem e odontologia, áreas que contemplam a estratégia de Programa Saúde da Família. Em 2007, foi publicada a Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019 que ampliou o programa para os demais cursos de graduação da área da saúde, quando o programa ficou conhecido como Pró-Saúde II (Brasil. Ministério da Saúde, n.d.).

O Pró-Saúde seleciona e acompanha, por meio de comissões organizadas especificamente para isso, projetos de IES que atendam critérios adotados, a saber: tratamento equilibrado de três eixos (orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica); clareza na abordagem conceitual (determinantes sociais do binômio saúde-doença) e esquema curricular; clara possibilidade de articulação com o serviço de saúde; orientação quanto à regulação e sistema de referência; possibilidade de compartilhar orçamento (escola e serviço); integração do Hospital Ensino nas redes de serviço; indicação de parâmetros de avaliação. Fornece, inclusive, apoio financeiro durante três anos a projetos que apresentem potenciais de desenvolvimento e transformação do modelo de formação. O Pró-Saúde I e II totalizam 354



projetos/cursos selecionados em todo o território brasileiro, entre as 14 áreas envolvidas, dentre elas, a Psicologia possui 22 projetos/cursos (Brasil. Ministério da Saúde, n.d.).

O programa considera ter papel indutor na preconização do ensino de todos os cursos de áreas de saúde do Brasil, uma vez que modelos de reorientação estão sendo formatados. Inclusive, entende que seja relevante que tenha esse papel, diante da escassa iniciativa por parte das IES em integrar o ensino superior às necessidades de conhecimentos e práticas em saúde pública. Afirma, ainda, que o processo de formação integrada aos serviços de saúde e comunidade, bem como outros setores da sociedade civil, deve ir além da graduação e seguir por toda a carreira profissional (Brasil. Ministério da Saúde, 2005; Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007).

Em 2010, foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, inspirado no Programa de Educação Tutorial – PET – do Ministério da Educação, o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O PET-Saúde visa avançar na consolidação das mudanças que têm sido implementadas pelo Pró-Saúde; sua proposta inclui figuras de tutor e preceptor no acompanhamento do processo de aprendizagem dos estudantes oriundos de entidades cujos cursos foram selecionados pelo Pró-Saúde (Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007). Há proposta de ampliação desse programa para 2011, a fim de abranger diferentes áreas do SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2011).

O Pró-Saúde defende uma formação generalista e discorre atenção, ainda, para o fato de que, entre outros fatores, o reforço às especializações acarreta em elevados custos assistenciais, o que pode ser observado como aspecto crescente em áreas também distintas da medicina. Considera importante consolidar e aprimorar a relação especialista/generalista sem prejuízo da qualidade dos serviços. Além disso, propõe que haja um equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, considerando-se uma formação que atenda às necessidade de trabalho multidisciplinar (Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, 2007).

Em contrapartida, DeMarco (2003b) discute sobre o que ele entende como uma falta de compreensão em relação a especializações. Frequentemente, são discorridas críticas relacionadas a especialização, considerando-a como responsável por uma fragmentação das práticas profissionais e, conseqüentemente, por uma desvalorização do ser integral. O autor destaca que considerar o modelo biopsicossocial não significa abordar todos seus aspectos concomitantemente.

O que se mostra com inesgotável relevância refere-se ao fato de que a formação de profissionais da Psicologia e de outras áreas da saúde deva estar voltada para a capacitação de competências com vistas às necessidades epidemiológicas e sociais, com aprimoramento de habilidade crítica e reflexiva que ofereça serviços condizentes às reais demandas da população brasileira, especialmente em assuntos de saúde pública.

A quantidade de denominações estaria mostrando a crise da Psicologia e de outras áreas profissionais? O alerta que se instala é para o perigo de que as profissões se percam e se destituam do caráter legítimo de si mesmas, à medida que os profissionais sigam cada vez mais um caminho irrefreado na busca das especialidades.

No mundo moderno, parece que o desenvolvimento cada vez maior de profissionais especializados em tratar doenças afasta cada um de nós de nossa própria tarefa e responsabilidade de auto-cuidado, bem como, da habilidade de se auto auscultar, como afirma o filósofo orientado pela hermenêutica, Gadamer (2006). Habilidade, esta, tão importante para se resgatar o funcionamento natural de nosso equilíbrio vital, recuperando, revitalizando e conservando as forças pessoais essenciais para tanto nos limites e necessidades de cada um.

A especialização, segundo DeMarco (2003b), consiste numa realidade necessária, compatível e viável no que diz respeito à evolução humana e, sendo assim, com a diferenciação científica. Ele diferencia a especialização de especialismo; este último termo corresponde a qualquer tentativa de uma especialidade reduzir um fenômeno ao seu exclusivo entendimento, independentemente da necessidade do mesmo e coibindo qualquer integração com outros pontos de vista, inclusive, de outras especialidades. Um exemplo disso está na divisão entre corpo e psique. Ainda segundo o autor citado, o problema estaria não na fragmentação, pois esta se torna necessária mediante a impossibilidade de um único profissional abarcar toda a complexidade das duas dimensões. No entanto, se torna um problema quando uma especialidade considera a sua verdade como única e real, excluindo possibilidades de compreensão e de diálogos com qualquer outra especialidade, de maneira estritamente cartesiana.

Torna-se necessária uma perspectiva simbólica sobre corpo e psíquico, à medida que ambos formam uma unidade funcional que expressa simbolicamente sua harmonia ou desarmonia por meio da saúde ou da doença. Há uma sincronicidade entre corpo e psique, assim como símbolo e doença (Ramos, 1994). “O sintoma pode ser um símbolo que expressa uma dissociação e revela um caminho.” (Ramos, 1995, p. 128).

As emoções e a psique são dois fenômenos com os quais os cientistas não sabem como lidar (DeMarco, 2003b). “A cisão psique-corpo tira a vida do corpo, reduzindo-o a um mero mecanismo” (Ramos, 1995. p. 128). Para Gagamer (2006), o avanço tecnológico “atinge uma humanidade despreparada” (p. 33), o que corrobora com a idéia de que o progresso tecnológico e os avanços da ciência, de um modo geral, acarretaram na desvalorização do aspecto humano e na convicção de que a psique se torna um fenômeno que, especialmente quando manifesto, atrapalha e se intromete no funcionamento do pensamento e da prática biomédica, tecnológica e moderna (DeMarco, 2003b). No curso da Psicologia, a mesma foi se encaminhando para atender ao que o mundo científico valorizava e ao que a sociedade capitalista pedia, esquecendo-se também de cumprir a tarefa para a qual seu nascimento a chamava.

Atualmente, a Psicologia parece se sustentar num hibridismo, como se pouco se qualificasse por si mesma. Revela uma falta de clareza própria e se encontra numa busca constante por um qualificativo, a partir de onde sua atuação acontece, mas que também não se mostra suficiente. As especialidades em Psicologia demonstram isso, quando seu indicativo remete a Psicologia ao seu local de atuação e não à legitimidade de sua prática. Por exemplo, Psicologia Jurídica, Psicologia Escolar, Psicologia do Esporte, Psicologia Organizacional e a própria Psicologia Hospitalar, entre outras especialidades. Isso leva a Psicologia a se destituir de si mesma e, ao invés de olhar a partir de si e ter, bem como assumir, seu próprio lugar, busca qualificar-se pelos lugares que a outras profissões pertencem, indicando-se por locais e não por uma ética<sup>13</sup> própria de se fazer Psicologia.

Em 2006, foi criado um projeto de lei 7703/06, conhecido como Ato Médico que prevê a regulamentação da medicina, estabelecendo quais atos ou procedimentos serão privativos dos médicos (Larcher & Araújo, 2009). Em contrapartida, o projeto afeta a autonomia de outros profissionais da saúde, no que diz respeito a determinados procedimentos no que tange a prevenção, tratamento e diagnóstico. Isso, porque se considera que o projeto cria uma hierarquização nos serviços de saúde, submetendo as atividades de diversos profissionais ao crivo de médicos. O projeto está em tramitação, tendo sido aprovado pela Câmara dos Deputados em 2010 e retornando para o Senado.

Com o Ato Médico, portanto, os profissionais se tornam técnicos e, assim, suas profissões ficam subjugadas à área médica, como se fossem transformadas em propriedades

---

<sup>13</sup> Ética está, aqui, entendida a partir de sua origem etimológica: do latim *éthos* e *ethicus* e do grego *ēthikos*. Referimo-nos, assim, a uma forma de habitar um lugar e também a um modo de conduta e costume nesta morada (discussões a respeito podem ser encontradas em: Morato, 2008 e Andrade & Morato, 2004).

desta. No caso da Psicologia, entre outras questões, a decisão da necessidade do paciente para um trabalho psicológico e, inclusive, para qual tipo de trabalho psicológico, ficaria a critério médico. Isso, na prática do psicólogo no hospital, repercutiria numa destituição do lugar que lhe cabe – de acordo com o que se discute no presente estudo –, uma vez que é no espaço psicológico que, inclusive, se esclarece ao paciente qual sua necessidade e sentido para um trabalho psicológico.

A Psicologia encontra seu território num campo intermediário e fronteiro – nem físico, nem metafísico – onde é permitida e favorecida a interação entre polaridades e a criação contínua de algo que podemos chamar de individualidade. É um local onde o uso do gerúndio parece extremamente pertinente, pois o que é psicológico acontece acontecendo, e o que se define e se cria como produto de um processo logo passa a ser matéria-prima de uma nova criação. Nesse território, há mais a equibração do que o equilíbrio, mais o processo de individuação do que a aquisição da individualidade. (Freitas, 2005b, p.45 e 46)

A Psicologia pode ser reconhecida como a disciplina que é convocada a cuidar do “entre” (Freitas, 2007), ou seja, do campo psicológico que se inaugura em cada nova relação que se estabelece, do indivíduo consigo mesmo e com o mundo externo, nas mais diversas experiências e situações. Freitas (2007, p. 56) ainda completa, dizendo que

o psicológico é o que permanece no espaço, desconfortável mesmo, do “entre”. Entre a física e a metafísica, entre o nascimento e a morte, entre o eu e a sociedade, entre o eu e o outro. O sujeito psicológico é solitário, mas não é sozinho.

Estaríamos complicando o sentido e o caráter da saúde? A saúde estaria se transformando num bem consumível, na medida em que uma força econômica conduz a formação de profissionais da área de saúde?

Gadamer (2006) aponta a necessidade que se mostra urgente na contemporaneidade de se refletir e discutir sobre a natureza e a tarefa dos profissionais de saúde. O profissional não é apenas um recurso que se tem à disposição do cuidado com a saúde, mas ele é também um ator (no sentido de um ser social atuante) com responsabilidade social e política. Nesse sentido, alerta para o fato de que, na atualidade, a preocupação se redobra para um movimento incessante de tornar-se sadio e, assim, esquecer-se que se está sadio.

“Saúde não é algo que se possa fazer” (Gadamer, 2006, p. 07) e, mais importante que fazer saúde é “alcançar o equilíbrio entre capacidade de fazer e o querer e fazer responsável” (p. 08). O referido autor entende saúde como um equilíbrio interno que se dá por oscilações próprias da natureza do ser. Nesse sentido, o profissional de saúde não irá fazer saúde, mas poderá oferecer condições para que os fatores que balanceiam o equilíbrio sejam fortalecidos e restabelecidos. O trabalho será de restabelecer um equilíbrio natural perturbado; no entanto, o mesmo não será dado por si só com a intervenção profissional, mas, essencialmente, pela

própria natureza e vitalidade da pessoa que se trata. Isso significa que uma perturbação no equilíbrio corresponde a um desequilíbrio no indivíduo como um ser total, não só em seu aspecto biológico, mas em todo seu processo histórico sob a perspectiva psicológica e social.

Tem-se consciência de que faz sentido perguntar: “Você se sente doente?” No entanto, seria quase ridículo se alguém perguntasse: “Você se sente com saúde?” É que saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida. (Gadamer, 2006, p. 118)

O que se perdeu foi a arte de curar, não enquanto melhora, mas enquanto cuidado. Assim, curar não significa fazer desaparecer sintomas ou doenças, mas promover condições de restabelecimento para a saúde no sentido de reencaminhar o indivíduo ao cotidiano de sua vida no seu modo próprio de vivê-la. Inclusive, melhor será se, agora, o fizer de modo a reconhecer e admitir suas condições e apropriar-se de sua capacidade de auto cuidado com os diferentes aspectos nas decisões e escolhas de sua vida. Somente assim, lhe será restituído também seu equilíbrio vital natural, ou seja, um equilíbrio a partir de suas potencialidades e limitações. Esse entendimento corresponde a características do self, no sentido de que há um equilíbrio cujo funcionamento confere aspectos muito mais amplos do que os conscientizados, mas que remetem auto-regulação vital e funcionante ao indivíduo.

*o médico – o entendamos aqui como qualquer profissional de saúde – ... deve ver a totalidade da natureza ... tem de ver além daquilo que é o objetivo próprio de seu saber e de seu ser-capaz-de-fazer, se ele quiser ser o verdadeiro médico. De modo que seu estado é uma posição intermediária, difícil de se manter, entre uma presença profissional afastada do humano e um compromisso humano. Constitui seu estado de médico necessitar de confiança e, ao mesmo tempo, porém, também ter de voltar a limitar o seu poder médico. Ele tem de saber se retirar. Pois ele não pode fazer com que o paciente dependa dele, nem desnecessariamente prescrever condições de conduta de vida (“dieta”) que dificultem o restabelecimento do seu equilíbrio vital... a arte médica se completa na retirada dela mesma e na liberação do outro. Também aqui fica evidenciada a posição especial da arte de curar no todo das artes humanas... o que ele fez não é uma simples obra, mas é vida que lhe foi confiada, a qual ele, agora, afasta de sua guarda. (Gadamer, 2006, p. 51)*

Assim, o saber do profissional de saúde deve ser capaz de devolver ao outro o saber, inclusive, de ser capaz de cuidar de si. O seu saber deve estar a serviço do auto-cuidado e responsabilização do outro.

A tarefa que se coloca aos profissionais de saúde é unir seu saber técnico com um compromisso de desenvolver em cada um sua própria responsabilidade e capacidade em reconhecer e conviver com seus limites e possibilidades. “E a tarefa, colocada a todos nós como seres humanos, é, a saber, a de encontrarmos nosso caminho nesse mundo-da-vida e aceitarmos nossas verdadeiras condicionalidades.” (Gadamer, 2006, p. 108).

A verdadeira arte de curar poderia ser entendida, então, como restabelecer as feridas da impotência de cada um em ser o guia e condutor de suas próprias escolhas de saúde, trabalho, relacionamentos, espiritualidade, etc, num conjunto ao qual pertence as experiências

peçoais no seu modo próprio de habitar a vida. Nesse sentido, cada profissional de saúde seria uma referência tal como um templo de Esculápio ou lareira de Héstia, como um refúgio transitório que se buscaria para apoio ao seu resgate e continuidade de cuidado antes de seguir viagem por meio de um roteiro escolhido por si próprio, agora já em condições restabelecidas e fortalecidas para tanto. “Somente dessa maneira se poderá orientá-lo um pouco de modo que ele saiba encontrar seu próprio caminho, que lhe seja próprio.”.

Todo tratamento, ainda segundo Gadamer (2006), deve estar à serviço da natureza e, assim, servir-lhe enquanto lhe for preciso e no momento oportuno, restituindo ao outro seu próprio destino.

Somente se pode estar contra a natureza, quando se é natureza e quando a natureza está conosco. De modo que nunca deveríamos esquecer que, ao se obter uma cura, o doente e o médico se juntam para conferir honras à natureza. (p. 121)

### 3.2 *Propostas e ações da “Psicologia Hospitalar”*

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (Resolução CFP nº 02/01, 2001), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar atuará, em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção. Seu trabalho será com “pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional... visando o bem estar físico e emocional do paciente”. Como suas tarefas principais, estão apontadas, entre outras, “a avaliação e o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental”. Promoverá, ainda, “intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo”. Segundo o CFP, “podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico. O CFP também esclarece e indica o trabalho com a equipe multidisciplinar, ressaltando que seja “preferencialmente interdisciplinar”.

Segundo Bruscato (2004), o trabalho do psicólogo com pessoas hospitalizadas deve estar muito mais voltado para a “qualidade experiencial dos significados de sua condição atual de enfermo” (p. 28) do que desvendar significados inconscientes do indivíduo. Esta autora, referindo-se a um Serviço de Psicologia que ela chefia, afirma que o psicólogo tem uma função clínica, social, institucional e educacional, promovendo uma assistência que se regula pela urgência e flexibilidade que abrange o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional.

Para Romano (1999), sempre há a necessidade do diagnóstico psicológico no hospital, além do médico, tendo como norte o tratamento dos aspectos simbólicos da doença; cabe ao psicólogo sempre distinguir, a priori, entre normal e patológico frente ao que o paciente lhe apresenta, se é reativo ou estrutural e se é cabível de intervenção ou não. Campos (1995) pensa a atuação na área visando, inclusive, a preparação de pacientes para a internação e cirurgias, bem como a adesão a tratamentos médicos, servindo como uma ponte à equipe multiprofissional. O psicólogo desenvolve um estilo pessoal de comunicação ao relacionar-se com o paciente e seus familiares, atendendo, inclusive, situações de tensões entre os profissionais da equipe, com intervenções pautadas em urgência e flexibilidade (Bruscato, 2004; Campos, 1995). Romano (1999), por sua vez, é enfática ao afirmar que, no caso do trabalho com a equipe, este ocorrerá sempre visando-se o paciente, sendo que qualquer outro propósito será do “psicólogo *em* hospital e não do hospitalar” (p. 20, *itálico* do autor). Apesar da pertinência do conteúdo da afirmação desta autora, ela se refere a um termo (psicólogo hospitalar) que contraria a discussão anterior sobre o espaço físico hospitalar denominar o campo de atuação do psicólogo.

Bruscato, Kitayama, Fregonese e David (2004) consideram que o psicólogo possui, dentro da equipe de saúde, a tarefa de apontar para os demais profissionais os aspectos subjetivos e singulares presentes na doença e na relação paciente-equipe. Além disso, destacam como papel do psicólogo a valorização e facilitação de vínculos entre os integrantes da equipe na relação desta com os pacientes e vice-versa, o que repercute num trabalho de suporte psicológico para a equipe, pacientes e familiares.

Para Benute et al. (2001), o trabalho do psicólogo na área da saúde deve transcender ao trabalho de comunicação sobre o tratamento mais adequado ao paciente. Faz-se necessária a inserção do psicólogo em programas educativos enquanto um profissional capacitado para compreender aspectos subjetivos, sobretudo a respeito de condições psíquicas para o enfrentamento da situação de doença e tratamento.

Campos (1995) se interessa em questionar o que está oculto na doença, sugerindo que disfarces e defesas obscurecem o sentido real do sofrimento. Menciona, ainda, que a situação de doença e internação provoca o paciente a olhar para si, o que, muitas vezes, o incita a buscar a ajuda psicológica, pois revela, segundo ela, o desejo de ser atendido além da queixa física. A autora referida embasa nesses aspectos a importância da presença do psicólogo no hospital, atuando na prevenção e no tratamento da saúde, através de diagnosticar, classificar, entender e compreender a queixa e o sintoma embutidos na patologia.

Romano considera a percepção, por parte dos outros profissionais, de que há um lado “obscuro, inconsciente” (1999, p. 26) que destina ao psicólogo sua presença no hospital. E, nesse sentido, alguns autores apontam que o psicólogo precisa ter claro o lugar em que é colocado no organograma da instituição, tendo importante papel, inclusive, no trabalho de humanização no hospital (Campos, 1995; Romano, 1999). Além disso, propõe-se que cabe à Psicologia atender às necessidades da instituição (Campos, 1995, p. 69; Romano, 1999).

Romano (1999) explicita que seu entendimento da atuação do psicólogo hospitalar é clínica no sentido estrito do termo, ou seja, “à beira do leito”, considerando que não será a “sua linha teórica que o identificará, mas quem dela se beneficia.” (p. 25). Bruscato (2004) considera que uma importante semelhança entre o modelo clínico tradicional e o hospitalar, refere-se à necessidade de prontidão do psicólogo em permitir que o paciente seja o “protagonista” da ação terapêutica (p. 78). Tais afirmações se mostram consonantes com as discussões que traçaremos sobre o trabalho do psicólogo amparado no fazer clínico.

Apesar deste longo percurso já existente na área de Psicologia Hospitalar, ainda parece ser relevante questionar se, atualmente, para o próprio psicólogo, estão claros quais são os reais e pertinentes objetivos de seu trabalho no hospital, considerando este como um trabalho que difere daquele tradicional de consultório e refletindo-se isso a partir do seu lugar neste tipo de instituição (Levy et al., 2002).

A partir das discussões já tecidas até o momento, torna-se possível afirmar que a singularidade do ser psicólogo pode estar localizada no hospital, mas não é lá que está arraigada. O hospital é apenas um local, entre tantos outros onde a singularidade do psicólogo se revela. O verdadeiro e legítimo lugar do psicólogo não está no hospital, mas na Psicologia enquanto uma ciência que responde a uma convocação própria.

Nesse sentido, uma questão se coloca: será que a Psicologia se mantém no caminho de responder à sua original convocação? Ou será que se perdeu de seu legítimo e devido



lugar, em meio a tantas buscas por adequações aos avanços contemporâneos e tecnológicos, por um hibridismo que revela falta de clareza e por necessidades de confirmações tecnicistas?

Caberá ao presente trabalho discutir questões referentes ao lugar do psicólogo no hospital, como já é sabido. Entretanto, essa outra se revela uma questão que não quer se calar.

#### **4. UM LUGAR EM MEIO A OUTROS LUGARES: COMO OS PSICÓLOGOS ORIENTADOS PELA PSICOLOGIA ANALÍTICA TÊM SE INSERIDO NA ÁREA DA SAÚDE**

Uma vez que o presente trabalho discute a Psicologia no hospital, inspirando-se na Psicologia de C. G. Jung, tornou-se necessário, relevante e curioso, como não poderia deixar de ser, explicitar aqui quais os lugares que os psicólogos orientados pela psicologia analítica estão ocupando e percorrendo dentro do campo da saúde. Sem a ambição de investigar com profundidade ou esgotar o tema, uma vez que esse não se trata do objetivo do presente estudo, foi realizado um breve e sucinto levantamento bibliográfico a respeito, conforme apresentado a seguir.

Poucos foram os trabalhos que se aproximaram da temática do lugar do psicólogo no hospital. A maioria aborda temas relacionados a psicossomática do paciente ou a instrumentos e/ou técnicas para se trabalhar com este.

Inicialmente, serão mencionados alguns autores que realizaram seu estudo em instituições de saúde, conforme segue.

Vasconcelos e Giglio (2007) abordaram a arteterapia com pacientes acometidos por câncer, contextualizando-a, inclusive, sob o ponto de vista da psicologia junguiana e abordando conceitos de símbolos e arquétipos. Sem desconsiderar que a arteterapia pode ser utilizada por outros profissionais além do psicólogo, destaco este estudo pelo fato dos autores abordarem a importância de que o arteterapeuta mantenha uma postura acolhedora e, no hospital, seja flexível no enquadre deste recurso devido ao contexto. Nesse sentido, vejo pontual correlação deste estudo com meu trabalho, no que se refere à postura acolhedora e flexível no contexto hospitalar.

Meana (2003) realizou um estudo a partir de sua experiência de trabalho psicológico com pacientes renais crônicos numa unidade de hemodiálise dentro de uma instituição hospitalar. Neste mesmo trabalho, apontou para a importância de que o psicólogo que atua em hospitais se mantenha atento para a presença de diversos arquétipos, complexos e mitos presentes no contexto hospitalar. A referida autora sugere que os mesmos não sejam desconsiderados num trabalho tanto com o paciente, a família e/ou com a equipe.

Importante ressaltar o trabalho de Silva (2006), que abordou o papel do psicólogo no trabalho com os pacientes acometidos por paralisia cerebral e seus familiares, relacionando-o ao conceito junguiano de persona. A autora destaca a importância de se considerar a dinâmica familiar nas avaliações dos pacientes mediante necessidade de procedimento cirúrgico, a fim de ajudar a definir uma conduta médica. E afirma que, nestas situações, caberá ao psicólogo observar o desenvolvimento e os aspectos emocionais do paciente, dentro de seu contexto familiar, com o propósito de avaliar aspectos de adesão ao tratamento e colaboração no momento de recuperação pós-operatória. A autora menciona que, quando a avaliação psicológica sugere dificuldades nesses aspectos, a cirurgia é adiada para que o paciente e a família sejam submetidos a um acompanhamento psicológico. Neste ponto, a referida autora discute a posição de suposto poder que é relegada ao psicólogo, à medida que familiares o encaram como aquele que tecerá considerações que implicarão na decisão da realização cirúrgica que tanto desejam, na esperança de melhora e, até mesmo, cura da criança. Para a autora, trata-se de um momento importante para que o psicólogo reflita sobre seu papel e responsabilidades. Nesse sentido, discute conceitos de persona, arquétipo do “terapeuta-paciente” e arquétipo do mestre aprendiz, relacionado-os com a possibilidade de escolha do psicólogo da postura que deseja assumir, numa relação onde ele próprio possui deficiências e incapacidades e necessita desenvolver suas potencialidades.

Oliveira, Werlang e Wagner (2007) realizaram um estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com os hábitos alcoólicos paternos, em unidades ambulatoriais e de internação para dependentes de álcool.

Carvalho e Meyer (2007) desenvolveram uma pesquisa com mulheres internadas em alojamento conjunto numa maternidade hospitalar, abordando o enfrentamento das mesmas frente à perda gestacional por elas experienciadas. O estudo também discutiu a conduta dos profissionais, especialmente psicólogos, frente ao tema. Além disso, apontou a importância e necessidade de que os profissionais, especialmente psicólogos, abordem o tema de forma clara e aberta.

Marrach (2003), realizou uma pesquisa com crianças hospitalizadas e as mães que as acompanhavam, tendo o objetivo de identificar nessa população: o enfrentamento da doença, sua compreensão e significado da experiência de doença e hospitalização, os pensamentos e sentimentos relacionados ao tema de saúde e doença. Entre outros pontos, a pesquisa chamou especial atenção ao referir a relevância de terem sido tomadas duas medidas na

evolução da história da hospitalização infantil, a saber: a permissão de um acompanhante para a criança e, especialmente, a admissão do psicólogo na equipe.

Rodrigues (2009) realizou um estudo a partir de trabalho de psicoterapia breve em centros de reabilitação para pessoas com deficiência física, com pacientes que adquiriram deficiência física motora. Sua dissertação foi elaborada a partir de narrativas das intervenções psicoterápicas realizadas pela própria autora, abordando conceitos de individuação, persona, sombra, símbolo, entre outros aspectos do processo psicoterápico com a população atendida. A autora enfatiza a importância, também ressaltada por Jung, de “simplesmente ouvir” os pacientes naquilo que eles têm a falar (p. 105) e, inclusive, atentar para o que a autora chama de inteireza, ou seja, para os aspectos diversos que o constituem física e psicologicamente e, ainda, para o contexto de vida no qual se encontrava antes de adquirir a deficiência. Propõe que o trabalho com pacientes portadores de deficiência física se estenda a seus familiares. Além disso, considera relevante e imprescindível que o psicólogo esteja atento a cuidar de si próprio durante o processo de trabalho com cada paciente. Nesse sentido, deve olhar para as transformações que lhe são suscitadas, considerando que o trabalho psicológico entremeia o percurso de vida, e, portanto, aspectos da individuação entre paciente e psicólogo. Ressalta uma perspectiva de trabalho que aborde conciliação de aspectos de persona e de sombra de ambos. Especialmente sobre o trabalho em instituição, enfatiza a necessidade de o psicólogo compreender a queixa trazida de modo a identificar a condição mobilizadora do paciente àquela instituição específica. Considera pertinente uma abordagem de psicoterapia breve com enfoque junguiano para o trabalho em instituição, especialmente, em casos de deficiência física adquirida; sendo possível, inclusive, o uso de conceitos e análises semelhantes aos utilizados em processos psicoterápicos de longo prazo sem que se ambicione uma transformação da personalidade.

No que se refere a estudos junguianos que investigam a utilização de instrumentos no ambiente hospitalar, destaco os seguintes. Bazhuni e Sant’Anna (2006) realizaram um estudo de caso, utilizando-se, inclusive, do Jogo de Areia adaptado a fim de possibilitar e verificar, em momento de internação hospitalar, a expressão de conteúdos emocionais de um paciente em processo de amputação devido a patologia cardíaca. Também realizei (Silva et al., 2004) um estudo, por meio do qual me utilizei do instrumento Jogo de Areia, em ambiente de enfermaria cirúrgica de adultos, a fim de investigar a eficácia do instrumento no contexto hospitalar.

Outros autores realizaram estudos clínicos em contexto ampliado. Dentre eles, destacam-se os seguintes.

Numa publicação decorrente de seu trabalho de mestrado embasado numa perspectiva junguiana, Nogueira (2006) discutiu um caso de uma parturiente que experienciou uma situação de parto humanizado. A autora analisa o caso sob o ponto de vista das quatro etapas do processo alquímico e aborda o conceito do sagrado, a partir de uma visão que reconhece a dimensão simbólica e espiritual do parto.

Amaral (n.d.) compartilha sua experiência clínica em domicílios, com pessoas portadoras de diversas patologias físicas e psiquiátricas. Chamou-me atenção sua discussão sobre o *setting* nesse tipo de atendimentos, pois são sempre inusitados e há uma necessidade de construção contínua. Fez-me pensar no trabalho em teatro, quando o cenário é construído a cada espetáculo, colocado no palco a cada apresentação e retirado após o final dela. Somente com o cenário montado no palco, por si só, não acontece a peça. A peça se dá pela emoção e movimento dos atores que dão vida e compartilham dela com a platéia. Assim também o é em settings cujo contexto extrapola para o inusitado, tal como no hospital.

Diversos autores abordaram patologias e/ou desestabilizações somáticas através de uma leitura junguiana, discorrendo sobre diferentes pontos de vistas ao utilizar conceitos da psicologia junguiana, sem necessariamente abordarem uma aplicação prática da pesquisa.

Em situação de internação hospitalar, diversos sintomas podem estar associados à condição médica do paciente, tais como: depressão, ansiedade, estresse, dor, entre outros. Alguns autores junguianos discutiram a respeito, conforme segue.

Byington (2007) descreveu a depressão como uma função estruturante que age de modo elaborativo ou patologizante na vida do indivíduo. Alvarenga (2007) também discutiu a depressão, entendendo-a como a expressão da alma, num sentido simbólico de um estado de perda de si mesmo.

Dezem e Pessoa (2007) discutiram a depressão, por meio de um estudo bibliográfico, entendendo-a do ponto de vista prospectivo da doença, ou seja, considerando-a como um sintoma que anuncia um transtorno, mas também indica uma necessidade de mudança de vida.

Vargas (2002) discutiu o binômio corpo e mente, entendendo o termo psicossomática como desnecessário ao considerar que psico e soma seriam ambos símbolos da personalidade.

Gregghi (2005) dissertou sobre a dimensão simbólica do corpo enquanto integrante entre as outras duas dimensões, a saber: psíquica e espiritual. Propõe uma reflexão a respeito, apontando, inclusive, para o modo como a expressão simbólica do corpo tem sido considerada nas psicoterapias junguianas.

Martelli, Silva e Furigo (2005) elaboraram uma discussão sobre a dimensão simbólica da pele, discutindo o Transtorno Obsessivo Compulsivo como símbolo manifestado através da automutilação, que se apresenta tanto no nível físico quanto no psicológico, enfocando questões de abuso e negligência em relação a uma possível ferida narcísica.

Moris et al. (2005) apresentaram uma discussão, baseada em resultados obtidos a partir de trabalho realizado em grupo interdisciplinar, ressaltando o aspecto auto-regulador da calatonia. Trata-se de uma técnica de trabalho corporal por meio de toques sutis em alguns pontos específicos, fundamentada numa visão integrada do homem, desenvolvida por Sandor num enfoque junguiano

Lima (2003) chama atenção em seu texto para o quanto a Psicologia pode trabalhar em conjunto com a Neurociências para entender, explicar e tratar a dor física.

Galiás e Vargas (2007) estudaram o Transtorno de Estresse Pós-traumático, realizando uma interface com os conceitos de trauma e resiliência, bem como com os conceitos junguianos de persona, regressão simbólica e individuação.

Masiero (2008) realizou um estudo sobre a resiliência de pessoas com lesão medular no mercado de trabalho, comparando um grupo de pessoas que estavam em atividades laborativas com outro grupo de pessoas que não estavam. O estudo não apontou diferenças entre ambos os grupos no aspecto de resiliência, no entanto, revelou que as condições de autonomia e limitações físicas ou atitudinais implicam barreiras para o retorno ao mercado de trabalho.

Pereira e Dias (2007) publicaram um artigo a partir de um trabalho realizado com funcionários de uma instituição hospitalar, por meio de grupo terapêutico com utilização de técnicas psicofísicas, tais como relaxamento, respiração e toques, seguidos de comentários de aspectos pessoais.

Furigo, Souza, Christianini, Manente e Marcusso (2007) realizaram um estudo bibliográfico sobre o conceito de crise e resiliência, relacionando-os com o estado psíquico de crise vivenciado pelo homem pós-moderno e ao arquétipo do herói como um estado possível de resiliência.

Martani et al. (2003) discutiram a ansiedade enquanto estado contínuo e, muitas vezes, patologizante enfrentado pelo homem contemporâneo.

Alguns autores junguianos estudaram não apenas as repercussões emocionais dos fenômenos orgânicos, mas também aspectos emocionais que podem atuar no desencadeamento de situações somáticas.

Farias e Seara Júnior (2005) fizeram uma pesquisa bibliográfica a fim de levantar dados que possibilitem discutir aspectos psicossomáticos que podem predispor um indivíduo ao surgimento e evolução de uma doença cancerígena, bem como relacionar esses dados com traços de personalidade apontados pela bibliografia estudada.

Borges (2007) realizou um estudo bibliográfico sobre os conceitos de psicossomática, no que tange aos sintomas e tratamento dos diversos tipos de câncer e sua relação com a psique.

Outros pesquisadores, por sua vez, optaram por realizar trabalhos circunscrevendo questões relacionadas ao processo psicoterápico.

Gregghi (2003) discutiu seu trabalho realizado em psicoterapia através de técnicas imaginativas em casos clínicos que apresentaram sintomas somáticos. Seu foco descrito foi o de utilizar a imaginação curativa no resgate de imagens internas dos sujeitos com um caminho de reequilíbrio e recondução ao processo saudável de individuação.

Furigo, Risso, P. Garcia, R. Garcia e Mukudai (2007) discutiram sobre o adoecimento infantil e sua possibilidade natural de recuperação, fazendo um paralelo entre o brincar e as transformações decorrentes dos trabalhos alquímicos.

Matta (2007) realizou um estudo com três crianças acometidas pelo diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Utilizando-se da Terapia do Sandplay, a autora observou, analisou e comparou as expressões verbais e as imagens surgidas em cada cenário. A discussão da autora aborda a evolução obtida por meio desse processo, que alcançou remissão e/ou transformação dos sintomas inicialmente apresentados pelas crianças e, inclusive, a observação de que as crianças receberam alta médica sem necessidade de continuidade de tratamento medicamentoso.

Machado Júnior (2007) realizou uma discussão a partir do estudo da expressão simbólica de uma mulher acometida por rinite alérgica. O autor intencionou apontar reflexões

sobre a compreensão simbólica desta doença, contribuindo, inclusive, para os estudos sobre o binômio corpo-psique na clínica junguiana.

Alguns junguianos abordam temática institucional sob várias perspectivas. A seguir, serão destacadas aquelas discussões que mais se aproximam do presente estudo.

Fávári (2003) discutiu o desenvolvimento das Organizações Públicas no Brasil, bem como o estado emocional e de saúde de seus funcionários – destacando, principalmente o estresse –, a partir de influências advindas do movimento de globalização. Apesar deste referido trabalho não possuir correlação direta com o presente estudo, vejo um paralelo a partir do questionamento que a autora sugere no decorrer de sua discussão sobre o comportamento dos funcionários frente a necessidades de mudanças no modelo da instituição que os atingem no desempenho de seu papel e funções e, conseqüentemente, na sua postura frente aos mesmos e à instituição.

Furigo (2003) elaborou uma discussão que possui correlação com o presente trabalho, ao apontar os diferentes espaços de inserção do psicólogo na sociedade, no decorrer do desenvolvimento da Psicologia. A referida autora aponta que a profissão pode contribuir em diferentes setores e já avança para questionamentos de seu papel social e evolui para uma atuação mais comprometida com as reais necessidades da maioria da população do Brasil. Ainda ressalta seu crédito aos psicólogos junguianos que, num contínuo movimento para se resguardar e manter um espaço para reflexão, defesa de direitos, inovações e por seus intensos e incansáveis estudos sobre a identidade do Povo Brasileiro enquanto parte da América Latina, cada vez mais apontam trabalhos em “diferentes setores levantando como bandeira a intervenção profissional atualizada, ética e contemporânea” (p. 302).

França (2003) elaborou um breve levantamento histórico sobre o desenvolvimento da Psicologia no Brasil que lhe permitiu apontar para a importância de que o psicólogo amplie seu trabalho para outros campos além da clínica tradicional, como hospitais, creche, penitenciária etc, inovando em ações alternativas e acessíveis a diferentes classes sociais e atuando na prevenção e promoção da saúde.

Vechi (2010) propõe um trabalho teórico-metodológico para o estudo de instituição, utilizando uma visão holográfica do mundo, especialmente por meio dos conceitos de psique e *unus mundus*. Seu campo de investigação foi um serviço de saúde mental especializado na reabilitação psicossocial pelo trabalho. Sustenta o conceito de psique institucional e entende que os sujeitos que fazem parte da instituição possuem uma formação sócio-cultural e



atribuem sentidos significativos para o seu funcionamento. Por meio dessa perspectiva, articula noções de auto-regulação psíquica e auto-organização institucional. Além disso, utilizou, entre outros, conceitos de complexo institucional e de consciência coletiva como forma de compreender aspectos de repetição da instituição. Nesse sentido, conceitua instituição e propõe um ponto de vista – e não o considera o único – que valoriza o aspecto psíquico constelado na instituição. No entanto, enfatiza a natureza sociocultural de modo que os símbolos da instituição não restrinjam ao plano psicológico. Considera, ainda, que a instituição possibilita o repetir e, inclusive, o criar.

Furigo (2006) também dissertou sobre a modalidade de plantão psicológico na área de saúde, utilizando a compreensão da psicologia analítica em suas discussões.

Seibel (2006) destaca a necessidade de haver maior investimento nas discussões sobre a prática da psicoterapia de abordagem junguiana. Segundo ele, muito se discute sobre mitos, religiões e arquétipos, por exemplo – temas dos quais não se pode excluir importância –, e, “enquanto isso a prática e a clínica junguiana seguem sorratamente ocultadas sob a proteção de instituições e formações específicas, dificultadas no acesso e impedidas de uma troca mais abrangente e profunda.” (p. 7). Digressões teóricas que, muitas vezes, são feitas em congressos e encontros diversos de psicologia analítica podem sugerir um tratamento numinoso em relação a conceitos diversos, sem um retorno ou aproximação com o mundo real e distantes da prática do psicólogo brasileiro que está fora do consultório, especialmente. Importante enfatizar, contudo, que se torna importante um cuidado para que não haja uma dicotomização entre teoria e prática. Jung e pós-junguianos desenvolveram e ainda desenvolvem uma bagagem teórica que é bastante enriquecedora para a Psicologia e outros campos de saber; no entanto, o que enfatizo é que pouco se discorre sobre a aplicação prática dessa riqueza teórica (Seibel, 2006).

E, nesse sentido, compartilho das perguntas de Seibel (2006) “onde está a prática disso tudo? Para onde isto leva?” (p. 8). E o autor ainda completa, afirmando que

Isso faz-nos pensar na falta da rubedo, o fogo transmutador, a vermelhidão impetuosa do processo, o quão participativos devemos ser da vida, das relações, do coletivo, enfim o quanto devemos viver na pele as experiências para mover o processo para esta cor simbólica. (p. 8)

Torna-se necessário enfatizar, então, a importância de se divulgar trabalhos cujas experiências a partir de um campo interacional de atuação expressem conhecimentos teóricos de uma maneira dinâmica e vivencial. Por meio da vivência, os conceitos podem ser estruturados conscientemente de tal forma como acontece com os símbolos que se constelam nas experiências, mobilizando possibilidades e perspectivas de interação, reconhecimento e

apropriação de potencialidades e saberes que transcendem ao conhecimento intelectual (Freitas, 2005b).

E qual seria a contribuição de um psicólogo sob orientação da psicologia analítica, enquanto exercício da prática e do pensamento junguianos, para o seu trabalho no hospital?

Importante pensar a respeito disso, pois se mostra essencial que o psicólogo não perca o foco de sua orientação teórica pessoal em meio à rotina de sua prática.

A atitude clínica do psicólogo para seu trabalho em hospital independe de suas crenças pessoais e de sua orientação teórica. No entanto, a partir da teoria que adota para o seu trabalho, sua prática será refletida a depender do pensamento e compreensão que se alicerçam na(s) teoria(s) psicológica(s) de sua escolha.

No caso da orientação da prática e do pensamento receber contornos e movimentos sob inspiração da psicologia analítica, algumas qualidades específicas podem ser observadas e discutidas, conforme pode ser refletido a partir das discussões tecidas no presente trabalho. Antes de se afirmar estas qualidades, pretende-se, aqui, levantar reflexões a respeito.

Uma das características que se observa é a de se manter numa atitude de constante construção profissional, entendendo-se que o profissional nunca se dá por completo. Associando-se isto ao movimento de individuação profissional, torna-se possível compreender que a atitude do psicólogo que se orienta pela psicologia junguiana é a do aprimoramento e auto-reflexão constantes, estando sempre em direção de se tornar o mais próximo possível de si mesmo, de sua essência.

A partir de um entendimento junguiano, individuação é o processo inato – até certo ponto espontâneo, mas que deve ser assumido também pelo ego – de desenvolvimento e amadurecimento pessoal. Corresponde ao “devir da personalidade” e ao processo de transformação que uma pessoa percorre ao longo de sua vida (Pieri, 2002, p. 255). Pode ser entendido como um tornar a ser si mesmo, pelo qual todo o ser humano caminha, gradual e continuamente, desde o nascimento até a morte – esta última nos parece o limite por ser a fronteira entre o objetivamente conhecido e o imaginável.

“Neste sentido, ao ir-se realizando cada vez mais como indivíduo – *e inclusive no aspecto profissional* [itálicos nossos] –, desvendando e atualizando suas motivações mais pessoais, é que se chega a assumir um papel significativo e participante no âmbito da coletividade” (Freitas, 1987, p. 11). Claro que a busca do aprimoramento pessoal não é

qualidade exclusiva dos junguianos, porém, a discussão que trago aqui é a de se pensar o movimento de individuação também para a vida profissional do psicólogo.

A atitude de passear entre diferentes contextos e diferentes idéias, como as que se relacionam à Psicologia x hospital x instituição ou mente x corpo x local de cuidado, denota um comportamento junguiano de interação. Não se trata da integração de diferenças, mas da interação e articulação entre elas, possibilitando, inclusive, a chegada a elementos em comum e/ou que dialogam entre si.

Nessa atitude de interação, a presença de mitos para a inspiração do trabalho prático também ocorre. Hermes e Héstita, especialmente, são dois deuses que se mostrarão presentes e serão discutidos em muitos momentos deste trabalho. Hermes, enquanto o mercador, e Héstita, a artesã, enquanto aquela que apresenta o espírito, oferecendo condições que emoldam o fazer. Propicia o calor de sua presença e o espírito hospitaleiro de quem acolhe, mas, também oferece a autonomia do ir e vir. E Hermes, aquele que possibilita a passagem da idéia e da atitude ao ato, à prática; aquele que possibilita a interação e a interrelação da idéia de produção com o produzido, o que passeia entre os diferentes mundos: psicólogo e paciente, psicólogo e família do paciente, psicólogo e equipe, mundo da Psicologia e da realidade do hospital – por isso, o mercador. A meu ver, o psicólogo junguiano no hospital carrega a presença do espírito de Héstita num corpo de Hermes.

Inclusive, o diálogo está o tempo todo presente na prática do psicólogo junguiano. Seja entre ele e o paciente/familiar/equipe, entre consciente e inconsciente, entre o mundo objetivo e subjetivo, entre imagens e idéias e/ou realidade concreta, entre o que se ouve com o que se sente, entre o que se transfere e o que se contratransfere etc.

O uso de imagens, incluindo o estabelecimento de analogias, é usual por psicólogos junguianos (Freitas, 1987). As imagens, em especial aquelas apresentadas no presente trabalho, comparecem tanto na prática dos atendimentos e do contato com a equipe, quanto no próprio texto, interagindo com conceitos, reflexões e questionamentos.

Nesse sentido, a teoria junguiana pode acalentar e orientar o trabalho do psicólogo no hospital, não o colocando numa moldura, mas oferecendo-lhe um espírito inspirador.

## 5. ESPREITANDO UM LUGAR: UM RESGATE DA PSICOLOGIA E SUAS ORIGENS

A procura por diferentes possibilidades, científicas ou populares, de lidar com males físicos e da alma faz parte da história da humanidade e ainda permanece atuante no mundo contemporâneo (Furigo, 2006). Inclusive, muitas das práticas que servem à saúde que hoje reconhecemos como modernas remetem suas origens a um passado longínquo (Furigo, 2006).

Nos primórdios da história, a cura dos males físicos tanto quanto dos males psíquicos era despertada por estimulações que desencadeavam processos naturais de auto-equilíbrio, por meio de procedimentos mágicos e religiosos, sendo os mais importantes recursos da época (DeMarco, 2003b). A doença era associada a alguma transgressão que ofendera alguma divindade. Qualquer procedimento de cura implicava restabelecer um contato com a divindade que tivesse sido ofendida, a fim de resgatar o merecimento de sua ajuda ou proteção (DeMarco, 1995).

Corpo e mente não eram, ainda, estudados e tratados separadamente. Por consequência de uma leitura dualista que se deu a partir do século XVI, época da apresentação das idéias de Descartes, corpo e mente começaram a ser dissociados. A partir de então, o estudo dos fenômenos físicos começou a ser valorizado, devido à sua localização e identificação externa e espacial, mas em detrimento dos fenômenos psíquicos que passaram a fazer parte das chamadas ciências humanas, as quais, porém, ficaram exclusas do campo científico, sendo remetidas aos cuidados e interesses religiosos e/ou filosóficos (DeMarco, 2003b).

Quando se trata de cuidar da própria saúde, as pessoas recorrem não apenas aos conhecimentos científicos. Assim, não se tornam objeto somente da perspectiva científica, mas de seus próprios costumes e valores. Atualmente, o acúmulo e o fluxo de informações ameaçam “afogar a capacidade humana de discernimento” (Gadamer, 2006, p. 08). A experiência acumulada por gerações foi resguardada por meio de repetição de práticas que se mostraram válidas em determinados grupos e épocas, em questões que extrapolam saúde e doença.

No passado, a figura do psicólogo não existia e a função que hoje exerce era desempenhada por outros representantes sociais (Freitas, 1987). Segundo Guggenbüll-Craig (2004), a figura do psicólogo remonta à do curandeiro, confessor religioso, do xamã e, mais

recentemente, médico da família. Estas figuras remetem àquela que cuidava das afetações físicas, mas, também, das angústias da alma.

O xamã, curandeiro que numa comunidade era a pessoa considerada “escolhida pelos espíritos”, era uma figura da qual todos podiam se aproximar e receber seus conselhos, suas curas milagrosas e misteriosas e, inclusive, suas interpretações para sonhos (Seibel, 2006, p. 10). A importância remetida ao xamanismo ultrapassa o misticismo e se relaciona, inclusive, aos cuidados que os xamãs ofereciam à comunidade que promoviam, sobretudo, a preservação da integridade psíquica desta (Eliade, 1974).

Segundo Achterberg<sup>14</sup> (1996), o xamã trabalha no nível simbólico e utiliza da imaginação, por meio de práticas ritualísticas que incluem estados alterados da consciência no encontro com forças espirituais, a fim de atender às necessidades de sua comunidade em processos de ajuda e de cura. Para o autor citado, a prática xamânica era muito comum na sociedade primitiva, quando os xamãs eram procurados como sacerdotes e filósofos, além de curadores. Este mesmo autor afirma que, ainda hoje, trata-se de uma prática atuante em muitas culturas; de certa forma, características xamânicas estão presentes em determinadas práticas terapêuticas modernas nas quais a imaginação é contemplada. Na época das práticas xamânicas tradicionais, a crença era de que o homem fazia parte de um sistema dotado de integração e harmonia com a natureza; sendo assim, toda manifestação de doença corresponderia a uma desarmonia cósmica e que só poderia ser tratada pelo xamã, devido aos seus poderes mágicos que o dotavam de respeito na tribo (Achterberg, 1996). Nessa época, o homem não era visto como um indivíduo e, portanto, mesmo suas manifestações pessoais de doença eram contempladas enquanto uma expressão social, no sentido de sinalizar os conflitos de sua tribo (Sandner, 1999).

Furigo (2006) nos lembra de que uma das tradições religiosas mais conhecidas no Brasil e que tem esse aspecto de cura ritualística é o Candomblé. Nesta prática religiosa, os orixás são requisitados por aqueles que portam uma doença, seja do corpo ou das emoções, e solicita sua cura. Inclusive, a figura de Omolu tem semelhança com Quíron (cuja referência ampliada será feita no capítulo “6.2 Levando a clínica ao hospital”), pois se trata de um orixá que possui seu corpo todo ferido e se apresenta às pessoas coberto por palhas dos pés à cabeça.

A autora citada também atenta para a ampla cultura religiosa que se espalha pelo Brasil, em diferentes práticas. A mesma autora destaca a importância que algumas regiões

<sup>14</sup> Autora orientada na área da saúde.

brasileiras investem em benzedeadas, sem querer negar a relevância científica da medicina, mas ressaltando que, para a sociedade onde as diferenças sociais se presentificam em diversos territórios, não se pode afirmar que a ciência é uma verdade única. Nesses terrenos, a população se vale de suas próprias crenças nas suas experiências humanas. A autora ainda aponta a necessidade de integração dessas sabedorias populares à ciência, em vez de excluí-las umas das outras.

Em sua discussão, Furigo (2006) ainda cita Salgado (2005) que nos chama a atenção para a presença religiosa que envolve o espaço hospitalar, o que promove o encontro entre a tecnologia, ciência e expressões religiosas em favor da cura.

Para Furigo (2006), a doença coloca o homem em contato com sua finitude, ameaçando sua integridade. Além disso, rompe com todo o constructo que o homem tinha formulado para seu cotidiano, dotado de referenciais simbólicos, inclusive. E impõe-lhe uma nova busca de sentido.

Eliade (1974) destaca a importância da expressão religiosa nos rituais xamânicos, como forma de promover transformações de estados psíquicos e no combate de males físicos.

A maneira como uma pessoa ou grupo percebe e entende um incômodo ou perturbação física e/ou emocional irá dirigir sua ação em busca de seu cuidado, cura ou extirpação, realizando, a partir disto, suas escolhas e itinerários terapêuticos (Leite & Vasconcelos, 2006).

As práticas religiosas aparecem como forma de dar conta ao que escapa do real, surgindo a necessidade de construir novos referenciais frente a essa ruptura. Portanto, o sagrado contempla justamente o que ao homem é inalcançável, possibilitando-lhe uma busca por uma ordem perdida (Furigo, 2006).

Na antiguidade, segundo DeMarco (1995), a medicina também estava associada à religião. O sacerdote-médico não atuava em nome próprio, mas intercedendo por uma entidade divina. Porém, aos poucos, começou a surgir uma modalidade médica autônoma em relação às divindades, com atuação direta sobre o doente e habilidade própria de preparo e manipulação de drogas naturais.

O médico surge, de acordo com Leite e Vasconcelos (2006), como a figura que possibilitará a retomada da ordem, pois será aquela que porta a habilidade de curar a doença.

Bernard<sup>15</sup> (1998) atenta para o fato de que a medicina moderna contempla ações técnicas e pouco valoriza possibilidades de construção simbólica. Nesse sentido, a fala e a expressão de emoções são negligenciadas na terapêutica médica tradicional considerando que a função de intercâmbio com o simbólico, atualmente, está delegada à Psicologia (Furigo, 2006). A seguinte narrativa ilustra essa referência.

### *Super poderes psicológicos?*

*“Esse é um caso para a Psicologia”. Ao ouvir essa frase, senti-me como dentro de uma história em quadrinhos de personagens super poderosos. Quais seriam os meus poderes, enquanto psicóloga? Afinal, eu também me sentia incomodada e cansada quando me dispunha a escutar aquele pai que falava em demasiado e com um discurso repetitivo – tal como a equipe se queixava. Daí, o incômodo me veio maior quando eu percebi que as pessoas da equipe que tentavam promover uma escuta a ele, desistiam de fazê-lo e se aliviavam ao se lembrarem de que existia uma psicóloga na unidade que daria conta disso – conforme demonstravam acreditar. Oras, não tenho poderes mágicos. Não aceito o manto e a vara de condão. Clarificar isso, sem precisar negar o pedido de escuta àquele pai era uma questão que se presentificava, naquele momento.*

A partir da narrativa apresentada, o alívio demonstrado pela equipe, ao delegar à Psicologia a escuta de manifestações catárticas e afetivas, revela uma dificuldade presente por profissionais da saúde em lidar com as emoções sem excluí-las do cuidado com o corpo. Isso, apesar de terem se disponibilizado em oferecer escuta àquele pai.

O psicólogo pode se dispor a uma escuta mais atenta aos estados afetivos e emocionais do usuário, utilizando-se de recursos próprios de sua tarefa para o manejo e o encaminhamento dos mesmos. No entanto, também lhe cabe despertar reflexões junto à equipe sobre modos de enfrentamento, também por parte desta, de situações que incitam uma necessidade de postura ética e prontidão para o acolhimento e a atenção frente a episódios catárticos e de reações emocionais inusitadas.

A fala possibilita o resgate do nominável. “O objeto por meio da palavra se torna presente, ainda que ausente.” (Furigo, 2006, p. 39). Por meio da fala, aquilo que escapa e que lhe impõe a ruptura, pode ser novamente acessado, agora por meio de simbolização.

Quintana, Cecim e Henn (2002, citados por Furigo, 2006) reconhecem que uma cisão parece se estabelecer entre o científico e o popular, no que se refere à cura. Para esses autores,

---

<sup>15</sup> Autor orientado pela área da saúde.

a medicina se aproxima do empírico, dos conhecimentos racionais e farmacológicos, e daquilo que é orgânico. Em contraposição, encontra-se a terapêutica de base popular em consonância com o ritualístico, o simbólico, o irracional, o psicológico e o social. No entanto, os autores citados consideram que os “processos mágico-religiosos” perpassam qualquer prática terapêutica, seja ela científica ou popular, pois aquilo que não é por uma ou outra explicitado, sempre estará presente em sua sombra.

Também podemos encontrar na figura dos alquimistas um modo de trabalho que nos possibilita remontar um paralelo ao psicólogo. Jung foi um dos pioneiros e principais responsáveis em reconhecer que a alquimia carrega uma simbologia muito próxima daquela existente nos processos de trabalho psicológico (Edinger, 2006; von Franz, 1993). As transformações de elementos da natureza, por meio de manipulação dos alquimistas, bem como seus processos ou etapas alquímicas, refletem muito de um simbolismo inconsciente existente na Psicologia, especialmente no que concerne ao estudo do inconsciente.

Segundo Jung (1971/1985), a origem de qualquer tratamento psicológico encontra-se na necessidade de confissão, o que remete ao modelo do sacramento religioso. Essa idéia se refere àqueles conteúdos que, ao permanecerem ocultos como um segredo, mobilizam e perturbam o seu portador, como se ele possuísse algo que, se não compartilhado com outros, o destruirá.

Além de ocultar, conter algum segredo também causa essa perturbação, especialmente porque o que é contido é sempre algo que afeta e que, portanto, está ligado a alguma afetividade incômoda (Jung, 1971/1985). Parece como se a tentativa fosse de esconder algo da natureza; o que é ineficaz, pois a natureza sempre reage a isso e, geralmente, o faz de uma maneira danosa, como através de uma doença, por exemplo.

É como se a humanidade tivesse um direito inexpugnável sobre a parte obscura, imperfeita, boba e culposa da pessoa humana, coisas essas que costumam ser mantidas em segredo, por razões de autodefesa.... E parece que existe como que uma consciência da humanidade que pune sensivelmente todos os que... não confessaram sua falibilidade humana. (Jung, 1971/1985, p. 56)

O próprio método catártico, ainda de acordo com Jung (1971/1985), é uma repetição de atos existentes na antiguidade. Isso, porque catarse significa purificação e coloca o paciente em contato com seus conteúdos mais profundos de sua consciência e, até mesmo, com aqueles que se desprendem do inconsciente, mesmo que ainda obscuros.

Um encontro terapêutico pode se dar com qualquer outra pessoa que não seja um psicólogo ou profissional da área *psi*. Jung (1971/1985) considerava que qualquer pessoa



poderia promover um efeito terapêutico, seja benzedor, padre, um amigo ou qualquer outra figura que se disponibilizasse a ouvir o sofrimento e inquietações do outro.

A Psicologia de orientação analítica de C. G. Jung busca não dissociar as dimensões do religioso e da ciência em seus processos de trabalho psicológico.

Amatuzzi<sup>16</sup> (2008) aponta uma reflexão interessante, considerando que a ciência não é a única maneira de se investigar o humano. O teatro, a literatura, o esporte e, também, a psicoterapia, para citar alguns exemplos, são caminhos diferentes e que também levam a essa investigação. A diferença que ele aponta é que, nestes outros caminhos, nem sempre o saber é reconhecido, explícito e refletido.

Para o autor citado, a ciência é uma “sofisticação” do saber aplicado aos fatos, “assegurado de forma objetiva e pública” (p. 46).

Amatuzzi (2008) refere que a ciência foi uma forma de saber construída pelo homem a partir de uma necessidade de objetividade que se tornou indispensável. Ele relembra que a filosofia foi um caminho do saber que antecedeu a ciência, mas que propunha um saber refletido e crítico sobre a vida. No entanto, esta começou a não mais corresponder a uma necessidade de que as decisões pudessem ser tomadas a partir de fatos; e que, estes, pudessem ser medidos rigorosa e indiscutivelmente – diferentemente do que a filosofia possibilitava. Dessa forma, ciência e filosofia tornaram-se antagônicas.

Coube à filosofia preservar os aspectos do humano, entregando a parte não humana à ciência. No entanto, esta última se propôs a contemplar tudo, o que gerou descrédito à filosofia. A possibilidade de discutir e pensar o humano não remetia arsenal para se conduzir a vida social, então, entendia-se o que os fatos permitiam.

O aspecto humano começou a ser reivindicado dentro da ciência a partir de movimentos gradativos, advindos por grande influência de poetas e literatos (Gusdorf, 1990 citado por Amatuzzi, 2008). Isso, porque a ciência, tal como se desenvolvia, não conseguia apreender a autenticidade do humano (Amatuzzi, 2008).

Amatuzzi (2008) também considera que é possível haver uma ciência do humano, mas esta se encaminha para um modo diferente de se fazer o conhecimento do humano, de modo que haja envolvimento e não neutralidade, além de resgate e reconhecimento de aspectos como subjetividade e liberdade. Nesse sentido, o olhar é para o fenômeno, carregado de significações do sujeito a partir daquilo que ele vivencia, e não para os fatos pura e

---

<sup>16</sup> Autor orientado pela psicologia humanista.

objetivamente considerados. Sendo assim, a aproximação e decorrente envolvimento entre pesquisador e experiência de estudo são elementos que fazem parte do processo de estudo. Ainda segundo Amatuzzi (2008), foi nesse caminho de perspectivas que a psicoterapia começou a ser considerada como meio de pesquisa ou investigação.

A Psicologia surgiu, segundo Halpern-Chalom (2001), à sombra de uma epistemologia moderna, no sentido de caber a esta acolher e dar voz ao que não era mais valorizado: a subjetividade, o que é sentido e experimentado a partir de si.

À medida que o conhecimento foi sendo instituído como palavra de ordem e de valorização – entre o século XVII até meados do século XX, na cultura ocidental –, implicando um desenvolvimento científico e metodológico para a estruturação do saber, um espaço foi se abrindo para a Psicologia enquanto lugar do “excluído” e do “expurgável” (Figueiredo<sup>17</sup>, 1995, p. 19). Esse lugar prevalece até os dias atuais; trata-se do lugar da subjetividade que é camuflada e interrompida em sua expressão, quando mais legítima se insinuar.

Figueiredo (1995) afirma que “cabe aos psicólogos, em primeiro lugar, ter os olhos para ver e, no caso da clínica, os ouvidos para escutar esse interditado” (p. 29). O compromisso da Psicologia, nesse sentido, será o de definir o seu “*ethos*, ou seja, *a morada que oferece ao homem neste final de século*” (p. 30, itálicos do autor).

A partir destas discussões, o título do livro “Por uma Psicologia Humana”, de Amatuzzi (2008), provocou-me um pensar sobre a necessidade do resgate do homem humanizado dentro da Psicologia.

Pensar isso, de certo modo, soou-me estranho, inicialmente, por algumas questões. A primeira, no sentido de que parece redundante pensar a humanização do próprio homem. Entretanto, um pleonasma que se faz necessário em tempos atuais, uma vez que o homem se encontra demasiadamente enrijecido, envolto ao capitalismo e ao materialismo, em busca de conquistas infindáveis – sejam elas de informação, tecnologia, bens capitais, etc. – e se esquecendo ou postergando infinitamente sua constituição humanista. A segunda questão que me surge refere-se ao estranhamento que me incita ao pensar que a Psicologia tenha perdido seu aspecto humano, sendo ela a ciência que, etimologicamente falando (originado do latim: *psychologia*), refere-se ao estudo da alma, do comportamento, das motivações humanas (Merriam-Webster, 2002).

---

<sup>17</sup> Autor orientado pela psicanálise.

Esse último ponto me parece estar relacionado a um imbricamento da Psicologia com a busca da técnica enquanto fim e meio. Meio porque utiliza a especialização técnica como maneira o mais eficaz possível para o alcance de resultados. Sendo estes, por sua vez, o fim almejado e sempre aprimorado, também, pela técnica.

A busca da confirmação da Psicologia enquanto ciência a conduziu a caminhos amparados pela tecnologia do vivido. Ou seja, uma experiência sentida e vivida começa a ter sua essência simbólica ameaçada ao ser submetida a tratamentos que avançam num paralelo com a tecnologia e que objetivam a eficácia no seu manejo, análises, explicações e teorizações. Isso, como forma de não deixar escapar algo que possa ser mal interpretado ou entendido como não científico. Parece haver um medo, por nós psicólogos, de que a Psicologia não seja validada, o que leva a muitos de nós a um movimento de confirmação e de afirmação diária; e, nesse sentido, tem-se em vista a perda do sentido humanista da profissão.

Amatuzzi (2008) discute o termo “humanismo” na Psicologia discorrendo, entre outras utilizações do termo, a partir do movimento histórico ligado à época da Renascença, iniciada no século XIV. O autor discorre sobre o contexto desta época, quando houve uma reação contra a tendência que existia até então, ao sobrenaturalismo medieval. Consistia num desvalor ao que fosse humano dentro da realidade transitória. Para a época, o mérito era concedido ao que fosse cultivado em termos da imortalidade da alma. Portanto, no entendimento da época, “a arte, a ciência, a política, a beleza, a flexibilidade corporal não são coisas que devam deter o interesse do sábio, mas sim, as coisas eternas, sobrenaturais, as virtudes da alma (Amatuzzi, 2008, p. 13). Segundo o autor citado, esse período de Renascença ou Humanismo mobilizou o resgate do humano, revalorizando-o dentro do mundo que também é transitório, mas que possui o seu valor em si e não é mero “cenário provisório” para algo maior e eterno. Nesse sentido, o desenvolvimento humano pode ser valorado dentro de um tempo que é o de passagem, mas que também é o de continuidade.

Isso me faz pensar num caminho de construção e desenvolvimento de potencialidades humanamente possível; uma vez que “o tempo, e não a eternidade, é onde se constroem as coisas, e estas coisas que construímos” (Amatuzzi, 2008, p. 14).

Reflico, a partir disso, que esse movimento em prol do humanismo abriu espaço para que o homem se permitisse *ser humano*, tal como se é. Experimentando, assim, vivenciar suas dores, seus erros, sua paixões, encontrar-se, desencontrar-se e manter-se no movimento da vida ao seu tempo.

Aqui, temos o contraponto Cronos e Kairós. O homem tem o tempo cronológico para viver, mas a vida somente dar-se-á em respeito ao seu tempo pessoal de possibilidade de vivência e experimentações.

Portanto, “o homem é corpo tanto quanto alma, e é como um todo que ele tem que ser cuidado. Virtude é o desenvolvimento das potencialidades humanas, e não algo acrescentado de fora” (Amatuzzi, 1998, p. 14).

Isso me incita a fazer uma digressão sobre a questão do que é certo ou errado dentro do trabalho do psicólogo. E, no hospital, sinto isso muito presente, pois não há tempo cronológico para que erros possam ser corrigidos. E, para a Psicologia, como fica o errar e o acertar?

Trata-se de um assunto delicado. Pois, ao mesmo tempo em que acredito não ser possível seguir regras numa sessão psicológica, também penso não ser eticamente aceitável fazer o que *der na telha*. Uma analogia à imagem do forno parece ser um caminho para se pensar nisso.

Não há receita para o *bolo*, no encontro psicológico, porém, o *forno* para *assá-lo* deve ser bem cuidado. Deve-se estar atento para a temperatura, para os ingredientes que se coloca – não no sentido de escolhê-los sem envolvimento, mas de não colocá-los aleatoriamente – para o momento que parece mais adequado de retirá-lo; e, mesmo ao retirá-lo, é preciso cuidado para que não sejam queimadas as mãos de quem tira e de quem é servido.

### *Abrindo o forno na hora necessária*

*Faltavam alguns minutos para que meu expediente daquele dia se encerrasse. Eu estava cansada e, ao sair do que eu imaginava ser meu último encontro do dia, uma conversa com a equipe após um atendimento realizado, vislumbrava um banho, um chazinho quente e o aconchego da minha casa junto à minha gata que já devia estar à porta, esperando-me. Afinal, o final de semana se anunciava. Confesso que, nessas horas, a vontade que dá é de se tornar transparente, pois ser vista é um risco para ser chamada a prolongar o expediente, quando o esgotamento já dá sinais. Só que, naquela tarde, esqueci minha “porção mágica” em casa e, inevitavelmente, fui vista e “pega” no corredor. “Ah, você está por aqui!” – disse-me a enfermeira, demonstrando, no tom de voz, aliviada com minha aparição. Respirei fundo, enviando vibrações à minha gata que esperasse firme por mim, pois o tic-tac do relógio sinaliza o tempo real, mas nem sempre o que é possível. Enfim, dispus-me a finalizar o meu dia de trabalho neste chamado.*

*Referia-se a um caso onde a mãe ameaçava evadir-se com a criança, pois estava cansada de permanecer no hospital e o pai desta acabara de negar seu pedido de revezamento para o acompanhamento da criança.*

*Iniciei a conversa no mesmo corredor onde fui chamada, ao lado daquela mãe e da enfermeira. Revelava-se ali, independente da maneira e do motivo do chamado, uma necessidade para escuta. Peguei um pouco da disposição que eu já pretendia guardar para o próximo expediente e a investi ainda naquele. Convidei a mãe para um local mais apropriado e nossa conversa continuou.*

*A conversa foi intensa. A mãe exalava emoções e urgia por ser ouvida. Coloquei-me a postos, como tentando trazer a fogueira de Héstia para nosso centro, a fim de que eu pudesse possibilitar um acolhimento para aquele sofrimento que emergia.*

*Após cerca de duas horas de encontro, a mãe parecia ainda não ter esgotado sua necessidade de fala. Em contrapartida, minha disponibilidade já se arrefecia. E percebi que as reflexões e o pouco ou nenhum clareamento da demanda alcançados até ali não se estenderiam além do que já havia sido possível.*

*Necessitei encerrar o encontro para aquele momento. Para isso, foi preciso um contornar ligeiro e paulatino da situação, para que fosse entendido como um finalizar plausível, e não como um descabível ou insosso fim de sessão.*

*Uma conversa, mesmo que rápida, com a enfermeira, ainda se mostrava necessária para que meu trabalho naquele caso realmente se desse por encerrado naquela tarde. Isso, para que o chamado dela também pudesse ter uma escuta para sua própria demanda na situação.*

*Senti-me como um aparelho cujo fornecimento de energia elétrica se cessa e ele precisa ainda trabalhar com o gerador. O gerador dispõe de um funcionamento tal como o da energia elétrica, porém, possui um tempo útil esgotável e que precisa ser respeitado para que o sistema não entre em pane.*

A narrativa anterior reflete a necessidade de flexibilizar dentro de realidades distintas, sem inviabilizar o possível. Foi necessário um diálogo entre Cronos e Kairós para que eu conseguisse tanto me disponibilizar para ouvir àquele chamado de escuta – tanto da mãe como da enfermeira – como para conseguir reconhecer o meu tempo de finalizar e me recolher.

Um dos aspectos que essa narrativa permite refletir é sobre a necessidade do psicólogo reconhecer e respeitar seus próprios limites.

Para não perder o rumo desta prosa e poder retornar à questão do humanismo na Psicologia, penso ser possível pensar minha alusão de Cronos versus Kairós, prosseguindo a discussão sobre o que AmatuZZi (2008) discorre sobre encontrar na Psicologia uma forma de olhar para o humano a partir da necessidade que brota na realidade de um tempo vigente.

A respeito disso, também podemos pensar sobre o surgimento de escolas humanistas como reação às psicologias tradicionais, que, em alguns momentos da história, deixou de responder aos questionamentos de sentido do ser humano.

AmatuZZi (2008) entende o movimento humanista enquanto uma atitude que olha para o homem tentando compreender sua natureza, encarando-o como o responsável por sua existência e preservando sua capacidade de desenvolvimento de suas próprias potencialidades. Concordo plenamente com essa concepção e penso que ela não se distancia do pensamento junguiano, especialmente no conceito de individuação.

Entendo, a partir das colocações de AmatuZZi (2008), que podem ser consideradas humanistas aquelas teorias que alicerçam, não necessariamente, numa concordância de afirmações, mas numa *atitude*, como ele mesmo diz, que envolve, segundo ele, ética e valores voltados para a questão do sentido, do caminho “por-onde-vamos” (p. 15).

O autor ainda ressalta, citando Amar (1980), que a história da Psicologia passou por quatro momentos. O primeiro, iniciado na Idade Média ou na Antiguidade grega, corresponde ao momento da psicologia humanista que é marcado por uma postura ética – valorizando o sentido da existência humana – não dissociada da pesquisa objetiva. O segundo momento refere-se ao da psicologia científica, rompendo a objetividade científica com a ética. O terceiro momento é o da psicanálise e o quarto, por sua vez, o da psicologia fenomenológica, segundo o autor.

Para AmatuZZi (2008), a psicologia humanista surge no momento em que as teorias psicológicas tradicionais não respondem à necessidade do sentido da realidade vigente. Refere-se ao momento de enfrentamento da Guerra do Vietnã, na década de 60 nos Estados Unidos. Nessa época, segundo o autor, a psicologia humanista surge como reação ao behaviorismo e à psicanálise. Ele afirma que isso ocorre não como uma negação às descobertas destas linhas de pensamento, mas como uma insatisfação com suas perspectivas que não atendiam à urgência dos questionamentos que o homem apresentava no momento.

Poderíamos dizer que essa Psicologia, permanecendo nos quadros de sua ortodoxia, podia nos dizer como treinar um soldado, ou porque um soldado ficava perturbado quando voltava da guerra, mas não era esse o problema do povo americano. O problema era qual o sentido da guerra, e qual o sentido da vida e da morte (ou da minha vida e morte, ou de meu filho e de meu marido). (Amatuzzi, 2008, p. 17)

Não tenho a pretensão de delinear um histórico sobre a psicologia humanista, pois isso fugiria do meu propósito neste trabalho. Buscar a história da Psicologia, inclusive, dentro de uma perspectiva humanista, mostra-se importante para se entender como as coisas foram se dando no decorrer dos tempos e onde se registram momentos da Psicologia voltados a uma perspectiva dirigida ao sentido das experiências humanas que pudessem servir a um trabalho junto ao homem contemporâneo.

O homem contemporâneo se encontra num tempo do aqui e agora, cujo imediatismo é a palavra de ordem. Um “homem atual, desafiado no presente em relação ao sentido de sua vida.” (Amatuzzi, 2008, p. 20).

A psicologia analítica de C. G. Jung possui uma perspectiva que atende a essa idéia trazida por Amatuzzi quando ele fala de uma ética que caminha para o questionamento do(s) sentido(s), do “por-onde-vamos”. E é justamente esse o caminho que também acende luzes à realidade dos trajetos pelos quais percorro.

Conforme já mencionado anteriormente, Jung (1971/1990) fala de um pensamento prospectivo, voltando-se o olhar para a meta a ser atingida, não se limitando apenas ao reconhecimento da origem das perturbações afetivas.

Embora haja pontos em comum entre a psicologia junguiana e a psicologia humanista, Jung costuma ser considerado dentro do movimento da Psicanálise, dada a importância que atribui ao conceito de inconsciente.

Neste trabalho, interessa-me sobretudo a vertente humanista que reconheço em Jung.

## 6. OCUPANDO UM LUGAR: A PSICOLOGIA NO HOSPITAL

### 6.1 *A prática psicológica no hospital*

Segundo Guedes<sup>18</sup> (2005), na década de 80 o psicólogo clínico começou a direcionar sua atuação para as instituições públicas. Neste momento, começou a haver um grande questionamento quanto à relação entre clínica privada (consultório) e psicologia clínica e, quanto a isso, Furigo (2006), Andrade, Morato e Schmidt (2007) entendem o conceito de clínica enquanto um modo de atuação, a priori de sua localização. Pretende-se pautar o presente trabalho neste ponto de vista e, sendo assim, acrescento que “a clínica define-se, portanto, por um dado ethos: em outras palavras o que define a clínica psicológica como clínica é a sua ética” (Figueiredo, 1995, p. 40). Ou seja, é o seu modo de habitar uma morada, um espaço relacional. E, nesse modo de habitar, o espírito de Héstia se fará oportuno.

O lugar ao qual cabe ao psicólogo construir no hospital não se trata de espaço físico, mas de um espaço e de um tempo atitudinal. Ou seja, é o campo psicológico das atitudes do psicólogo, e, a priori e especialmente, da atitude que lhe cabe ser clínica.

Atitude, do latim *aptitudin*, etimologicamente significa ação, inclinação e disposição emocional assumida para um propósito (Merriam-Webster, 2002).

Suas atitudes se darão no tempo e a partir do campo das relações que se estabelecem com ele e ao redor dele no hospital. Corresponde um lugar anímico – do latim *anima* –, tal como o habitado por Héstia (Freitas, 2005a), o que significa que se trata de um lugar que pertence à alma (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999). Antes de qualquer coisa, seu lugar equivale a uma ocupação que se dará através de um modo de *ser* e de *estar*. Se assim não o for, será apenas uma construção física, e mais uma. No entanto, sob a inspiração do mito de Héstia, esse lugar será o da moradia e do encontrar. Será um lugar do aproximar e do estar junto, numa comunhão que possibilita o “descanso às máscaras e armaduras” daqueles a quem a lareira de Héstia acolhe, porém, não sem apropriação de

---

<sup>18</sup> Autora orientada pela área de conhecimento da história da Psicologia no Brasil.



identidade e da experiência (Freitas, 2005a, p.135). Corresponde ao lugar do convívio, do *com-viver* – conviver, do latim *convivere* –, do viver em conjunto, viver em comum, em familiaridade (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999). Desse modo, o psicólogo terá condições de se aproximar dos outros que compartilham o espaço do hospital, sejam usuários ou equipe multiprofissional.

Importante atentarmos para o fato de que se aproximar e conviver não significa se misturar, pois, neste último caso, isso corresponderia a perder sua própria particularidade, seu lugar. Aproximar, do latim *approximare*, refere-se a colocar perto, relacionar, fazer chegar (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999). Nesse sentido, a atitude do psicólogo no hospital corresponde àquela que faz chegar ao outro o cuidado, por meio do questionamento. Cabe-lhe questionar o que parece estar já estabelecido, do que parece óbvio, do que pede para ser revisto, do que grita socorro, do que solicita abertura de sentido. Esta é sua finalidade, enquanto psicólogo, independentemente de estar no hospital ou em qualquer outro espaço físico.

Héstia é anfitriã afável. Provê hospitalidade, reunindo os hóspedes à volta da lareira. E, quando necessário, é capaz de prover hospitalização, pois dores, cicatrizes e sintomas também podem ser iluminados, focalizados e aconchegados, para que então possam se movimentar, reagrupar, ressignificar e aquecer. (Freitas, 2005a, p. 136)

Portanto, no hospital, será o espírito de Héstia no comportamento de Hermes e Trickster que deverá prevalecer, conforme já mencionado e que será melhor explicado em capítulo posterior sobre o trabalho do psicólogo em equipe.

Para clarificar ainda mais a respeito de *lugar*, gostaria de sugerir que está inserido num campo relacional que também pode ser entendido como um campo simbólico, o que poderíamos chamar, apenas para efeito de discussão neste trabalho, de *self institucional*. O self institucional abrangeria, em sua totalidade, cada um dos profissionais que se inserem no campo institucional e, mais que isso, se estabeleceria a partir das interações entre os mesmos nesse mesmo campo.

Campo simbólico pode ser entendido como o contexto psicológico particular que se dá num encontro entre pessoas, a partir da relação e da situação que por si só se estabelecem neste. Importante, aqui, esclarecer que o conceito de símbolo se refere a elementos nunca totalmente decodificáveis que possibilitam a comunicação e a transmutação de conteúdos portadores de energia psíquica. Os símbolos são elementos vivos e estão presentes em toda parte, na natureza, nas relações, na literatura, nas expressões corporais e emocionais, etc. “O universo humano é simbólico” (Freitas, 1987, p. 9). Uma expressão simbólica, seja qual e

como for, possibilita a abertura de algo novo e pode transcender o sentido de uma situação e experiência. “Assim, uma palavra ou uma imagem é simbólica quando implica alguma coisa além do seu significado manifesto e imediato.” (Jung, n.d./1964, p. 20).

*Self*, por sua vez, é uma palavra inglesa – tradução do alemão *selbst*, termo utilizado originalmente por Jung, que, em português significa *si mesmo* – comumente utilizada pela psicologia analítica para designar totalidade e centro regulador da psique, existente em cada indivíduo (Pieri, 2002; Freitas, 1987). Denota o conjunto dos fenômenos psíquicos, conscientes e inconscientes: uma parte da psique abrange as experiências e os conteúdos conscientes, cujo centro é o ego; outra parte reúne aqueles conteúdos que ainda permanecem desconhecidos, indeterminados e, por isso, indelimitáveis. O self – escolherei o termo em inglês, justamente por ser este o geralmente adotado pelos pós-junguianos – não é igual ao eu pessoal, mas se refere a uma força muito mais abrangente que opera sobre ele (Pieri, 2002).

Freitas (1995, p. 67) utilizou o conceito “self grupal”, para discorrer sobre o campo simbólico que se constela a partir de um grupo que se organiza em prol de algum trabalho. Nesse sentido, self institucional corresponderia ao conjunto de situações e personagens que se constelam num determinado contexto, ou seja, que se dão em trânsito nos encontros que acontecem na instituição hospitalar.

Vechi (2010, p. 78) conceitua o termo “psique institucional”, entendendo a instituição como símbolo a partir de uma visão holográfica do mundo. Ou seja, ele compreende que o todo – a instituição – e sua parte – os sujeitos que nela atuam – estão contidos um no outro e ambos estabelecem uma relação específica e de afetação mútua. E, enquanto símbolo, a instituição, ou melhor, as relações que nela se desencadeiam ampliam possibilidades de experiências e apontam para novas potencialidades a serem exploradas. A psique institucional corresponde ao “resultado da diferenciação do inconsciente coletivo<sup>19</sup> dos sujeitos que fazem parte da instituição” (p. 78).

No self institucional, a alteridade se faz presente e, por meio dela e pela confrontação com o oposto é que a consciência se faz possível (Jung, 1940/2002).

A partir do self institucional, emerge a persona<sup>20</sup> do psicólogo. Uma persona que aqui não relaciono apenas ao seu conceito usual de máscara e papel, mas do que poderíamos

<sup>19</sup> Refere-se aos conteúdos psíquicos de caráter não apenas individual, mas universal e arquetípico (Pieri, 2002).

<sup>20</sup> O termo persona será discutido mais detalhadamente quando for abordado o trabalho do psicólogo em equipe, no capítulo “6.3 Refletindo sobre o lugar do psicólogo dentro da equipe”.

chamar de uma persona que também é criativa, ou seja, num sentido ampliado a partir do qual o compromisso da persona é o de preservar uma individualidade interagindo com o meio. Persona, no sentido de uma predisposição psicológica para o encontro com o que se der por constelado. E o grande desafio da persona é o de ir e vir, sem se perder. Isto é, todos nós desenvolvemos expectativas em algum nível, no decorrer de nosso contato com o mundo externo. Porém, se torna importante e elementar que nossa adaptação ao externo ocorra de modo a nos possibilitar que esse contato seja o de não nos isolar do meio e nos possibilitar transitar neste, mas, sem que nossa individualidade seja traída. Inevitável essa interação, no entanto, a adaptação não precisa significar submissão à ordem externa, mas interação; preservando-nos, mas, também, possibilitando um diálogo entre os mundos interno e externo.

Num self institucional, muitos símbolos emergem e, ao se relacionar com eles, aspectos de uma persona criativa remetem flexibilidade ao psicólogo para com eles interagir e se comunicar.

Assim como a psique, a instituição possui uma auto-organização sustentada por meio de dois movimentos básicos, a saber: “a repetição do instituído que ratifica os símbolos já estabelecidos nessa formação social e a mudança instituinte, criadora de novos símbolos para ela” (Vechi, 2010, p. 80). A experiência de cada sujeito na instituição possibilitará o movimento transmutador do instituído, quando este último encerra obstáculos para o novo e para o experimentar e explorar de potencialidades. Portanto, à instituição também cabe o papel de auto-regulação psíquica, uma vez que o todo e suas partes estão em interrelação constante.

A entrada do psicólogo clínico nas instituições repercute na necessidade de uma revisão do modelo tradicional da Psicologia, onde a representação que se tem do psicólogo clínico é o do que atua em consultório, constituindo-se, assim, uma identidade profissional pela psicoterapia (Furigo, 2006). Desse modo, vejo relevância ao que a autora citada refere sobre tornar-se imprescindível uma nova construção da maneira de atuar clinicamente, em instituições, devido a questões de: tempo, modo e objetivos de intervenção e – quero aqui destacar – demanda de uma nova clientela, bem como, motivos ou queixas que levam as pessoas a um atendimento psicológico.

“Talvez o clínico seja a escuta de que o nosso tempo necessita para ouvir a si mesmo naquilo que lhe faltam as palavras.” (Figueiredo, 1995, p. 40).

Importante, inclusive, mencionar que lugar está a priori e independente de papel, função, tarefa e missão. Estes últimos conceitos estão ligados à representação social ou de normas morais, muito mais do que éticas.

Seu lugar, que não é físico, corresponde a um tempo e a um espaço, ocupados através de um *ethos* próprio. Refere-se, assim, a uma disposição emocional como condição primeira para o enfrentamento de uma situação qualquer, num determinado tempo e espaço e, conseqüentemente, numa determinada circunstância de relações que se estabelecem por si só.

Lugar implica atitude e ação, que se aproxima do exercício de um ofício a partir da própria condição de sua humanidade. *Ethos* é habitar um lugar em si mesmo. Nesse sentido, parte de uma pré-ocupação como cuidado. O papel, em contrapartida, é habitar uma *ocupação* de cuidado, o que levaria ao cuidado substitutivo ou assistencialista.

Sua tarefa pode ser pensada como aquilo que me é dado por condição para levar adiante: cuidar de ser. Seu ofício, portanto é o seu de servir à psique e, portanto, o de questionar para promover sentido; e, nesse caminho: sensibilizar, propor e promover reflexões, bem como possibilitar ampliação de consciência.

A prática psicológica se mostra mais eficaz para o paciente quando está voltada não para sua queixa manifestada e para a resolução ou alívio da mesma, mas para seu movimento pessoal de vida naquele momento, isto é, para a maneira com a qual ele está lidando com os acontecimentos de sua vida, como os têm direcionado e como lida com as necessidades que se lhe apresentam frente aos mesmos (Furigo, 2006).

Nesse sentido, a queixa pode ser entendida como um sintoma de uma demanda, mas no sentido de que a experiência trazida seja acolhida no momento do encontro (Yehia, 2004). A atenção deve estar voltada para a demanda que o paciente carrega e que “nem sempre é claramente expressa ou totalmente identificável” (Furigo, 2006, p. 89).

A necessidade de atendimento psicológico no hospital, apesar de ser o próprio psicólogo a ir ao encontro com o paciente, geralmente, evidencia-se para a urgência ou emergência. O fato do psicólogo não ficar à espera do paciente, no hospital, corrobora com a necessidade que se mostra neste contexto de que ele tenha uma postura ativa e perspicaz para as situações nas quais sua intervenção se mostra pertinente. Dependendo do contexto onde atua dentro do hospital, também é imprescindível que ele não fique somente à espera de encaminhamentos por parte da equipe, mas que ele próprio possa participar da dinâmica desse contexto, observá-la e intervir.

Do ponto de vista psicológico, podemos entender que emergência é todo conteúdo de ordem psíquica que aparece e surge sob forma de queixa. A urgência, que corresponde, portanto, à demanda psicológica, geralmente, contempla uma emergência.

Do ponto de vista multiprofissional, emergência refere-se a todo atendimento realizado em tempo imediato ao paciente que exige total prioridade, por apresentar risco de morte. Urgência diz respeito ao atendimento que pode esperar por alguns minutos ou até horas ao paciente que apresenta menor risco de morte que aquele assistido em caráter de emergência (Figueiredo e Vieira<sup>21</sup>, 2009).

Furigo (2006) questiona sobre quem tem se beneficiado dos atendimentos psicoterápicos oferecidos nas Clínicas Escolas, o que me faz pensar a mesma questão nas instituições de saúde, levantando o mesmo argumento da autora citada, pois observamos números consideráveis de faltas aos atendimentos agendados, durante o processo, e alto índice de evasão ao tratamento.

De que maneira agir frente a uma vida em perigo, uma vez que as psicoterapias tradicionais não têm se mostrado “ágeis e nem práticas” em contextos de urgência e emergência psicológica (Furigo, 2006, p. 76)?

O atendimento imediato também pode promover uma quebra na ideologia de que o que é emocional ou psicológico pode esperar, sendo sempre postergado (Furigo, 2006).

Outro questionamento de Furigo (2006) insere em sua discussão é se a prática clínica exercida hoje pelos psicólogos corresponde à natureza da Psicologia dentro da realidade brasileira atual. Quanto a essa questão, a autora discorre, entre outros aspectos, no sentido de uma prática cuja ação se mostra mais rápida e menos planejada, voltada, essencialmente, para uma postura de prontidão.

Ferrari<sup>22</sup> (1999) aponta uma reflexão ressonante para a presente discussão ao mencionar que o trabalho da Psicologia, onde quer que se encontre, constitui-se não apenas de técnicas específicas de atuação, mas de objetivos terapêuticos e intervenções próprias que delineiam sua identidade em cada lugar que se insere, dependendo daquele onde deseja ocupar, do que se propõe a oferecer e para quem. Para a autora, “é uma tentação nos acomodarmos a responder apenas àquilo que nos pedem” (p. 23); no entanto, é preciso que o pedido seja respondido de algum modo para que o serviço de Psicologia possa se estabelecer.

---

<sup>21</sup> Autoras orientadas na área da saúde.

<sup>22</sup> Autor da Psicologia orientado pela área da saúde.

Desse modo, em vez de respondê-lo inevitavelmente, o pedido pode ser encaminhado a partir de uma atenção psicológica que seja pertinente e cabível à situação e a uma ética psicológica.

Lidar com a escolha de não responder a todos os pedidos dentro da equipe tal como colocados significa lidar com a decepção do outro e com a frustração de, muitas vezes, ter seu trabalho questionado (Ferrari, 1999). E isso significa, inclusive, lidar com nossa própria insegurança e fragilidade em nos posicionarmos sem titubeações e de modo sustentável mediante a uma escolha de qual lugar ocupar. Além disso, significa confrontar-se com a impossibilidade de satisfazer a todas as respostas e, portanto, com a destituição do lugar de suposto poder.

Também é imprescindível que as diferenças com relação às outras áreas sejam definidas com clareza.

Isso é importante porque não se estabelece que cada um brinque apenas no seu quintal, nem que todos tenham que estar juntos sempre, mas que há uma relação possível, mesmo que desgastante ou incômoda, que conta com a impossibilidade de resolução de certos impasses pela ótica exclusiva de um ou de outra parte. (Ferrari, 1999, p. 22)

Apesar de o paciente ir ou ser levado ao hospital por um motivo de cunho médico, há muitas implicações nessa sua condição médica que se mostram pertinentes e incluem o trabalho de outros profissionais além do médico e, aqui, não se exclui o trabalho do psicólogo. A questão é o psicólogo saber avaliar como, quando, por que e de que modo estabelecer um trabalho com aquele usuário ou a equipe que o acompanha, tendo bastante claro se sua intervenção será apropriada e necessária em determinada situação e contexto. O excerto a seguir ilustra uma situação na qual a passagem de uma paciente pelo hospital desvelou que o corpo físico guarda não só marcas de sofrimento, mas, também, gritos de socorro que, não podendo ser ditos, manifestam-se em busca de voz e de escuta.

#### ***Quando o corpo grita o que o coração não pode dizer***

*“Nunca imaginei que uma criança pudesse dissimular!” – a médica me dizia, surpresa e perplexa com aquela adolescente de 11 anos que se queixava de dores na perna, mobilizando toda uma equipe de ortopedistas a realizar exames e mais exames para encontrar o que fazia seu corpo doer. Mas, o que os exames mostravam, cada vez mais, era que a adolescente não tinha “nada”. O aspecto psicológico, então, foi lembrado. E pudemos, juntos, pensar que a adolescente parecia pedir socorro através de seu corpo, o único que lhe parecia possível de gritar para que fosse, de fato, ouvida. Sua mãe falecera havia três anos e meio. Depois disso, durante três anos de sua vida, ela apanhou de sua irmã, que preferencialmente lhe batia com uma colher de plástico na perna direita –*

*justamente a perna que dizia doer e da qual mancava, queixando-se de que não conseguia apoiá-la no chão. Havia seis meses, já não morava mais com a irmã; mas sua dor – que foi se mostrando não ser física, mas que lhe parecia somente pelo físico ser compreendida – ainda era sentida. Conforme a equipe médica foi constatando que os exames nada apontavam e a adolescente foi ouvindo que nada tinha, observava-se que ela manifestava seu pedido de socorro de outras maneiras: alucinações durante a noite e escândalo numa situação onde um tio, seu tutor no momento, precisou se despedir após uma visita. Um espaço psicológico para escuta e atenção foi oferecido a essa adolescente e aos seus tutores durante todo o momento de internação. Aos poucos, percebeu-se que a adolescente parou de mancar e abandonou a cadeira de rodas, verbalizando, ela própria, que não possuía nada na perna. E, poder falar mais e de uma maneira diferente sobre as dores outras que sentia, inclusive, com sua família, soou-lhe como algo interessante e organizador.*

*Foi-me bastante interessante trabalhar neste caso. Ter visto o aspecto emocional e afetivo do paciente ressignificado pela equipe, dando-se voz à Psicologia, inclusive, foi algo bastante confortante e digno merecedor de um brinde!*

Alguns psicólogos referem que o objetivo do trabalho do psicólogo no hospital é amenizar, minimizar e/ou aliviar o sofrimento causado pela situação de hospitalização (Levy et al., 2002; Romano, 1999; Campos, 1995). No momento atual da Psicologia no hospital, o psicólogo deve ser mais claro a respeito de seu objetivo. Considerar o alívio do sofrimento – que acredito ser uma das conseqüências do nosso trabalho, mas não o objetivo – como propósito primeiro e focal, pode confundir o entendimento dos outros profissionais, dando a entender: 1) uma atuação restritiva a uma atitude semelhante àquelas de senso comum, correndo-se o risco de não deixar claro o suficiente o que transcende ao alívio do sofrimento que pode ser atingido no trabalho psicológico; 2) que estamos sempre propondo o combate ao sofrimento, sem levar em conta que, muitas vezes, ele é uma vivência necessária para mobilizar aspectos de vida do paciente ou familiar que se mostram necessários. Os pedidos de atendimento mal formulados e a confusão acerca do trabalho do psicólogo em relação a outras áreas parecem indicar uma má compreensão a respeito de nossos propósitos de atuação.

Além disso, considerar que cabe ao psicólogo esse tipo de objetivo primeiro implica destituí-lo de um lugar onde o fazer clínico deveria prevalecer.

A finalidade do psicólogo não deve ser a de encaminhar o paciente a evitar seu sofrimento, mas a de enfrentá-lo, juntamente com o paciente naquele momento, e auxiliá-lo a clarificar possibilidades de trânsito nessa experiência.

Eis por que o objetivo mais nobre da psicoterapia não é colocar o paciente num estado impossível de felicidade, mas sim possibilitar que adquira firmeza e paciência... para suportar o sofrimento.... Mas, como o sofrimento é positivamente desagradável... é por isso que se diz sempre, benevolentemente, que tudo vai melhorar, que se vai alcançar a maior felicidade do mundo, sem pensar que a felicidade também está contaminada, enquanto não se completar a dose de sofrimento. (Jung, 1971/1985, p. 78)

Entendo que o termo “aliviar o sofrimento” possa significar vislumbrar uma possibilidade de organização, enfrentamento da situação angustiante e opressora; assim como, perceber que pode existir outro modo de enfrentamento ou que há modos de enfrentamento em situações onde essa possibilidade não era nem cogitada. Mas, a isso eu prefiro não denominar *alívio* de sofrimento, mas, sim, de escuta debruçada à dor ou ao sofrimento. Inclusive, pode não ficar entendido para os outros profissionais que não possuem um conhecimento profundo da Psicologia. Já o termo “amenizar o sofrimento”, parece-me ainda mais confuso e indefinido, pois pode carregar a impressão de que o psicólogo irá impedir o sofrimento, aplacar o choro, despersonalizando-o de sua devida importância e sentido. Parece-me que a escuta, quando composta por disponibilidade e cumplicidade, pode acolher o sofrimento, mas, não necessariamente, aliviá-lo ou amenizá-lo.

Poderia ser essa necessidade de aliviar ou amenizar o sofrimento do outro como uma necessidade pertencente muito mais à própria equipe, incluindo-se o psicólogo, já que é uma necessidade relacionada, a priori, com angústia e sentimentos de impotência? Estaria o sofrimento do paciente desafiando dificuldades da equipe, comprometendo, assim, sua competência diante da cura?

Essas questões tornam oportuna uma referência ao mito de Asclépio – também conhecido como Esculápio –, um mito da cultura grega.

Asclépio, filho do deus Apolo, foi entregue à Chíron para que fosse cuidado e educado, e por este foi influenciado na arte da cura. Asclépio era consideravelmente dedicado em sua tarefa de curar os doentes. Sua preocupação em curar era tal, que prosseguiu seu trabalho também na ressurreição dos mortos. Porém, esse seu trabalho começou a ser visto por Zeus como um abuso de poder. Sua tarefa em curar também os mortos lhe custou ser fulminado por um raio, sendo elevado aos céus e transportado para a constelação Serpentário, como uma maneira de ser coibido por Zeus de continuar a violar a lei da natureza e esvaziar o reino dos mortos, pertencente a Hades (DeMarco, 2003b).



A preocupação de Asclépio com a cura ganhou proporções que infringiram o curso natural dos acontecimentos. Os mortos, retirados de Hades, começaram a ser poupados de vivenciar a etapa que naquele momento lhes cabia: a da morte. Aliviar o sofrimento também não seria corresponder a uma tarefa de impedir que o outro vivencie a experiência que lhe cabe no momento? Não seria desacreditar que este outro seja capaz de atravessar suas aflições e, inclusive, desacreditar na tarefa que cabe ao psicólogo nestas situações – a de acompanhar o outro na travessia de seu sofrimento, auxiliando-o na iluminação dos caminhos possíveis para tanto para que ele possa fazer sua escolha de modo mais consciente?

Uma reflexão se mostra relevante, uma vez que o sofrer do outro pode acarretar incômodos na equipe, incluindo-se, nesta, o psicólogo. Nesse movimento, a Psicologia, muitas vezes, é requerida como forma de aplacar o sofrimento. Sobre isso, uma pergunta me inquieta: o sofrimento - e, conseqüentemente, a impotência – de quem se quer mitigar no contexto hospitalar?

Guggenbühl-Craig (2004) nos alerta – o que ele faz, inclusive, a todos aqueles aos quais ele chama “profissionais de ajuda” – sobre o perigo embutido em querer *ajudar* o outro, especialmente aqueles que se encontram infelizes. Ele aponta para a necessidade de um movimento de conscientização a fim de desvelar as boas intenções que, muitas vezes, mascaram um desejo de poder. Faz-se necessário um voltar a si próprio para examinar o que nos impulsiona a querer ajudar, aliviar sofrimentos e ações afins. Para o autor citado, desse *mal* nunca estaremos distantes e libertos; no entanto, podemos buscar maneiras de manejá-lo.

Segundo Jung (1971/1990), na relação terapêutica, cabe ao paciente dispor “de todas suas forças e de toda a sua capacidade de sofrer” (p. 57, § 385), enquanto para o psicólogo a paciência em suportar esse sofrimento é uma das virtudes que lhe são necessárias em seu trabalho.

A procura pelo psicólogo geralmente ocorre, tal como sugere Moretto<sup>23</sup> (2001), quando aqueles pertencentes a outras áreas do saber parecem querer excluir o psíquico ou quando querem confirmar que algo não lhes fugiu da compreensão diagnóstica, mas escapou ao físico, pertencendo a algo não perceptível. Conseqüentemente, tais profissionais deixam de se sentir impotentes quando percebem que algo desconhecido não pode ser alcançável e, portanto, aplacável com intervenções concretas, como sedativos e anestésicos, por exemplo.

---

<sup>23</sup> Autora orientada pela psicanálise lacaniana.

Nesse sentido, o psicólogo deve tomar o cuidado de não se deixar cair em tentação de assumir o lugar de auxiliar ou assistente da equipe multiprofissional. Trata-se de um lugar aparentemente cômodo, pois pode poupá-lo de desafios que o levem a conflitos; e, além disso, cômodo porque pode suscitar certo status e segurança, uma vez que, supostamente assim, atende plenamente ao que parece que se espera dele. E, aqui, fazemos menção novamente à Moretto (2001), que considera tal afirmação, especialmente no que diz respeito à relação entre psicólogo e médico.

Mattos<sup>24</sup> (1990) levanta algumas considerações que parecem interessantes para esta discussão; segundo ele, parece haver um equívoco em relação à contribuição que a psicanálise pode oferecer para a prática médica, pois “é usualmente visualizada como promessa de cumprimento do anseio imaginário de expurgar do trabalho institucional as variáveis psíquicas que comprometem a realização do projeto médico de cura orgânica”. Apesar do autor se referir à psicanálise, considero que a discussão possa ser ampliada para outras linhas teóricas no sentido de sua contribuição para a área de saúde. O autor apresenta uma reflexão, ao associar a entrada da Psicologia na instituição de saúde com a divulgação da psicanálise promovida por investigadores advindos da medicina. Ele discute que, em contrapartida, o psicólogo que introduz a psicanálise sem uma revisão criteriosa de seu enquadre, mediante o contexto institucional, está tendendo a aceitar a tarefa de expulsar os elementos psíquicos que comprometem a ‘cura orgânica’, servindo às ideologias erroneamente construídas. Assim, o psicólogo está, inclusive, se submetendo a uma zona de conforto ao atuar utilizando-se de “compaixão”, favorecendo um nível de identificação possivelmente iatrogênica em vez de realizar uma revisão criteriosa em nível teórico, técnico e ético, tal como se faz necessário na atuação psicológica no hospital; o que daria, inclusive, maior sentido, legitimidade e pertinência à sua prática nesse referido contexto. Desse modo, “a Psicologia Hospitalar seria, de forma restritiva, o lugar em que o psicólogo buscaria remediar, paliativamente, suas dificuldades em pensar a especificidade de sua própria tarefa” (Mattos, 1990).

O que o autor referido aponta, leva a refletir que o psicólogo é chamado, muitas vezes, para retirar o obstáculo da cura médica – e, aqui, entendendo-se cura médica como a cura objetivada pela multiplicidade de profissionais que atuam no hospital –, quando o paciente, ao se apropriar de ser sujeito de si mesmo, apresenta questionamentos ou, no mínimo, incômodos que ameaçam uma zona de conforto ou conformismo ocupada por aqueles que não se assumem como sujeitos naquilo que lhes cabe, ou seja, na auto-responsabilização das

---

<sup>24</sup> Autor orientado pela psicanálise.

repercussões de seu próprio trabalho. E, desse modo, o psicólogo não parece ser chamado enquanto um interventor para acompanhar e abrir espaço para mudanças e sentidos – tal como lhe é pertinente –, mas, como “técnico”, no sentido de atender aos imperativos da imediatividade e da urgência de uma realidade que busca fugir ao supérfluo, ao desperdício e a delongas de tempo e de resolutividade (Barus -Michel<sup>25</sup>, 2001).

E, nessa linha de raciocínio, traço a pergunta: a que(m) pode servir o psicólogo no hospital?

Após ter formulado esta indagação, deparei-me com o fato de que ela muito se aproxima da pergunta lendária do mito do Graal. O Graal representa o cálice sagrado que possui o conteúdo misterioso que poderá curar um país decadente, uma terra devastada e estéril, devolvendo-lhe sua riqueza e fertilidade perdidas; para que isso fosse possível, era necessário que se fizesse um ritual de busca, que incluía a pergunta: a quem ou ao que serve o Graal? O importante era que a pergunta fosse feita e movimentasse uma busca; seu significado e a existência de uma resposta não eram o essencial (Whitmont, 1991).

Tal como no mito do Graal, o psicólogo – não apenas o que atua no hospital, inclusive – parece estar buscando sua integridade ineludível, o seu self; e, nessa procura, que é também de sentido<sup>26</sup>, o mais importante não é findar o percurso com uma resposta, mas prosseguir em busca.

E, assim, penso que cabe a nós, psicólogos, perguntarmo-nos a quem cabe decidir qual lugar ocupar no hospital, entre todos aqueles que nos são oferecidos.

### *Um lugar à espera de ser habitado*

*Mudam-se os administradores, deslocam-se as prioridades. E, em meio a mudanças, muita coisa continua a mesma.*

*O hospital estava em polvorosa. Muitas mudanças políticas e administrativas, naquele momento, nos aguardavam. Até que o inesperado aconteceu: eu ganharia uma sala própria. De todos os males, esse era o fato que eu peneirava e colhia de melhor naquele momento.*

*De repente, uma ordem vinda de cima era clara e diretiva: era preciso reocupar todos os leitos!*

<sup>25</sup> Autora orientada pela fenomenologia.

<sup>26</sup> A palavra *sentido*, no presente trabalho, deverá ser sempre entendida como direção.

*Aproveitando-se para um parêntese: ocupar todos os leitos não significava, para quem assinava as ordens, inclusive, na implicação de ocupar também todas as vagas abertas e necessárias de funcionários e todos os espaços que caberiam melhores maquinários. Mas, isso é uma outra história... Voltando-nos a esta aqui...*

*E um dos quartos de pacientes havia sido temporariamente cedido para a copa dos funcionários da unidade de pediatria. Para que a copa não fosse perdida – e essa era uma prioridade que não vinha de cima – seria necessário realocá-la. Para tanto, seria preciso desalocar a única sala que havia “disponível” com pia: a que estava ocupada pelo Serviço Social e Psicologia – e, como nossa sala sempre foi visada para outros fins, possuíamos uma pia. Foi aí que a minha felicidade ganhou vez. Com esses remanejamentos, o Serviço Social, na ocasião, com duas profissionais, seria alojado numa outra sala que não tinha “espaço” para um terceiro: no caso, a Psicologia. E, portanto, esta ocuparia uma outra sala, por sua vez, sozinha.*

*A notícia foi dada com esmero. Havia no ar daqueles que a portavam o receio de que nos sentíssemos – nós, da sala a ser desalocada - despejadas. Mas, não imaginavam que, para a Psicologia, a notícia merecia aplausos e traria alegria: eu saudava a esperança de que meu espaço, literalmente, consequentemente e dinamicamente, se diferenciaria.*

*Finalmente, eu teria meu espaço físico.*

*Busquei mobiliário, pensei a decoração, planejei a disposição dos móveis, imaginei-me ocupando o espaço, ganhei quadro para decoração, solicitei pintura nas paredes e... Banho de água fria... Nem saí do mesmo espaço físico que eu estava e sempre estive. O que me fez repensá-lo e, assim, refletir se algum dia o ocupei, de fato; ou seja, se o habitei com apropriação assumida e responsabilizada.*

*Por impossibilidade de instalação de linha telefônica – vejam que “interessante” a questão da comunicação que ali ainda pedía sentido – na sala que caberia ao Serviço Social, nem este nem a Psicologia saíram da sala anterior e a copa foi improvisada mais uma vez num espaço outro.*

*Frustração aos montes foi o que experimentei. Inconformada, inevitavelmente, eu fiquei. Imaginem só: abrem uma porta para um belo jardim nunca antes vislumbrado e, sem mais nem menos, fecham a porta com tijolos e te deixam só com a paisagem gravada na memória. E as flores murchando do outro lado. Como fazer para regá-las através do muro?*

*Não me conformei e tentei deslocar tijolos para que minha alegria respirasse. Conversei com quem poderia re-disponibilizar a sala que, no momento anterior, seria cedida à Psicologia, mesmo que o Serviço Social permanecesse no mesmo local. Pedido negado. E justificado: a sala manter-se-ia na função de abrigar materiais de enfermagem, tarefa que lhe cabia até então, devido à falta de outro espaço viável para organização sustentável dos mesmos – espaço, este, que seria improvisado com a mudança anterior, mas que parecia, neste momento, uma idéia já descartada e um tanto insatisfatória para aqueles outros envolvidos. E, mais uma vez, tive que conversar, sozinha, com minha frustração.*

*E, entre meus botões, fiquei buscando um sentido para o qual pudesse me levar essa mobilização toda. E me deparei com a percepção de que, praticamente, eu nunca, até então, senti-me moradora, de fato, da sala que eu ocupava juntamente com o Serviço Social. Eu nunca me permiti ocupar, legitimamente, as prateleiras do armário da sala, tal como eu necessitava, por exemplo. Isso, para relatar o concreto da situação, o que reflete bem minha postura emocional naquela sala.*

*E fiquei imaginando que esta seria mais uma chance para que eu me responsabilizasse em me apropriar de meu espaço naquela equipe – não só a do Serviço Social, claro – mas em todo aquele espaço no qual havia espaço para meu lugar, mas que só dependeria de mim delimitá-lo, clarificá-lo, legitimá-lo e, fundamentalmente, pertencê-lo.*

*Quem sabe, depois disso, meu pedido poderá ser ouvido. Ou, uma sala somente para a Psicologia tornar-se-á... para não dizer desnecessária – já que sua concessão implicaria, no mínimo, maior privacidade para os atendimentos –, vamos dizer... resignificada.*

*Enquanto isso, vou regando as flores por cima dos muros, tentando deslocar e retirar, aos poucos, os meus próprios tijolos.*

No momento em que essa narrativa foi mobilizada, havia uma dificuldade de apropriação do lugar, manifestada, inclusive, pela maneira de ocupar os espaços físicos. Rever isso me possibilitou ocupá-lo de uma maneira mais tranqüila e firme. De modo tal que ter uma sala exclusiva para a Psicologia, apesar de ainda imbuída de importância, deixou de ser uma necessidade que me causasse incômodo. Isso me possibilitou movimentar-me pelos espaços, físicos e emocionais, com maior segurança e clareza, inclusive, a partir da realidade e viabilidade implicada na instituição onde trabalho.

A fim de ampliar a discussão sobre o lugar a respeito do qual aqui se fala, parece-me relevante apontar aqui o conceito de *démarche clínica*, pois o mesmo possibilita uma

compreensão a respeito da ação clínica, conduzida pela atitude do clínico (Andrade, Morato & Schmidt, 2007), que funda o lugar do psicólogo no hospital.

*Démarche* refere-se a um substantivo em francês que, em português, significa andar, modo de andar e passo; o verbo francês *démarcher* remete particularidade a este modo de andar, pois se refere a “dar os primeiros passos” (Andrade, Morato & Schmidt, 2007).

Portanto, *démarche clínica* propõe um caminhar na direção de algo, responder a uma convocação. Corresponde a um posicionamento na forma de relacionar-se com o outro, especialmente no que se refere a um modo particular de responder ao que lhe é solicitado (Levy<sup>27</sup>, 2001a). Essa referência pode ressignificar o trabalho clínico do psicólogo no hospital, compreendendo-se que ele pode caminhar para aquilo que o chama, sendo convocado para uma atitude de atenção frente ao momento de vida que o paciente lhe compartilha, trilhando, com este, num resgate de sentido.

Esse conceito me leva a uma reflexão sobre o Arquétipo do Caminho (Baptista, 2008), no que se refere a um percurso que deve ser trilhado no momento durante o qual se orienta em rumo ao encontro do Graal.

Quando o psicólogo adentra uma instituição, ele pode se revelar como aquele que abre espaço para a escuta dos sujeitos que a constituem, os seus atores. No caso da instituição hospitalar, estes são tanto os profissionais da equipe quanto os seus usuários, pois são eles que nela encenam as relações que ali se estabelecem, portadoras de significados. Esse espaço revelado se configura pela atitude clínica do psicólogo, à medida que sua ação se molda pela atenção e o cuidado que são disponibilizados por meio de uma postura de prontidão, debruçando-se para acolher e auscultar as demandas que pedem cuidado – possibilitando-lhes, assim, um lugar onde sentir e fazer(-se) sentido possam ser interpelados, refletidos e, desse modo, ressignificados dentro da situação que se lhe apresenta (Morato<sup>28</sup>, 2008).

A confiança que o paciente entrega ao psicólogo pode ser compreendida por meio da metáfora de “tecelões de sentidos” (Morato & Oliveira<sup>29</sup>, 2006); o paciente busca por alguém *con-fiável*, com o qual *con-siga* resgatar e (re)criar fios, para que possam tecer e fiar, juntos, significados para a vivência que se lhes apresenta. Ampliando essa metáfora, recorreremos novamente à figura mitológica de Héstia que possibilita abertura para se pensar o lugar que o psicólogo pode assumir na instituição hospitalar.

---

<sup>27</sup> Autor orientado pela fenomenologia.

<sup>28</sup> Autora orientada pela fenomenologia.

<sup>29</sup> Idem.

A deusa grega Héstia, cuja imagem física jamais foi destacada, sempre foi personificada em figuras de lar, lareira e centralidade ou círculo. Trata-se daquela que sempre esteve disponível para receber aqueles que por ela quisessem procurar. Ela os acolhia e ouvia suas histórias; com isso, possibilitava que cada um retornasse ao seu centro pessoal, ao seu lado interior, a fim de resgatar e reencontrar o que a si mesmo pertencesse, mas que, devido aos percursos de batalhas da vida, muitas vezes se perdia. Depois de acolhidos, aquecidos e reintegrados, cada um podia, assim, retornar a seu mundo, restabelecido. Seu verbo é *estar* e, sem ela, há escuridão. “Mais do que fazer ou ser algo, trata-se de simplesmente estar e deixar que as coisas aconteçam.” (Freitas, 2005a, p. 134).

Sob o clima emocional de Héstia, é possível estar atento para jorrar luz à demanda que ali no encontro pode se estabelecer ou se manifestar. Isso, porque Héstia possibilita focalizar e destacar aspectos que se mostram relevantes para o momento do encontro.

A atitude clínica do psicólogo expressa a *presença* de Héstia, acolhendo e construindo um clima de apaziguamento e confiança, abrindo, assim, possibilidades para o surgimento do novo e/ou o restabelecimento do já conhecido, mas ainda não integrado.

Assim parece ser o lugar que, tal como proposto nas discussões deste trabalho, cabe ao psicólogo no hospital: o daquele que recebe e acolhe as demandas, de modo a caminhar, com seu protagonista, em direção à criação de sentido. Essa sua atitude clínica com os sujeitos da instituição hospitalar possibilita um ouvir-se e ser ouvido que pode ressoar num *re-tomar* para si as rédeas de uma experiência *re-assumida* e *re-significada*.

Sob inspiração de Héstia, a presença do psicólogo pode oferecer ao paciente a acolhida calorosa e, muitas vezes, apaziguadora. Por isso, confunde-se seu papel com o daquele que alivia. No entanto, sua presença oferece condições para receber o sofrimento, e qualquer que seja ele, sem implicar tirar-lhe a dimensão que lhe cabe e, assim, aliviá-lo nem sempre será possível, pois, se assim o fosse, poderia descaracterizá-lo em sua experiência e necessidade de enfrentamento.

Nessa atitude, possibilita condições de abertura para o novo e para a criação de sentido(s) (Freitas, 2005a).

O psicólogo deve manter sua atitude clínica com os usuários do hospital e também com a equipe. Torna-se relevante considerar também a equipe como um cliente, pois, de acordo com Levy et al. (2002), a equipe lida com situações ansiógenas, estressantes e geradoras de impotência que podem dificultar o manejo e o relacionamento com o paciente

e/ou seu familiar. Isso, no sentido de ampliar possibilidades e condições de atender ao usuário naquilo que compete ao psicólogo: o debruçar clínico.

Quanto a isso, mostra-se importante que reflitamos, inclusive, no que se refere ao que os autores Campos (1995) e Romano (1999) apontam sobre atender às necessidades da instituição. Imprescindível que se reconheça a realidade institucional e suas necessidades. No entanto, isso não implica responder às solicitações que lhe são encaminhadas tal como se apresentam, como já foi abordado. A apropriação de seu lugar na equipe e na instituição depende em grande parte de sustentar seus objetivos e atitude adotados em seu trabalho. À equipe, poderá oferecer atenção e espaço de escuta para o reconhecimento e responsabilização no cuidado de suas dificuldades, angústias e necessidades, visando-se o melhor acompanhamento aos usuários do serviço.

Faz-se importante para o psicólogo avaliar a demanda daquele que o procura e, no caso de ser esta a equipe, imprescindível questionar(-se) de quem é a demanda, em qual perspectiva e finalidade ela se insere. Segundo Barus-Michel (2001), a resposta do psicólogo, enquanto interventor, será dada a partir da compreensão que fizer decorrente destes questionamentos e, especialmente, em resposta a perguntas que interroguem: quem é seu cliente, como considera seus objetivos e como se propõe a atingi-los, que serviço fornece e a serviço de que ou de quem, quais são as condutas que regem seu trabalho.

A postura do psicólogo, portanto, é a de cuidado e atenção para receber a demanda que puder surgir naquela situação construída naquele momento entre ele e o paciente e/ou a equipe, naquilo que diz respeito ao usuário final que é o paciente. Esse momento de escuta, que geralmente é muito breve, incontáveis vezes também se mostra único e derradeiro.

Algumas palavras de Alberto Caeiro (Pessoa, 2001) traduzem uma necessidade que me chama, diariamente, em meu trabalho: a de debruçar-me e deixar que o encontro se dê, a começar, por si só. E como possível o for, no seu tempo e situação, desde que eu possa estar ali por inteira e, verdadeiramente, deixar-me ali estar:

*Deste modo ou daquele modo. / Conforme calha ou não calha. / Podendo às vezes dizer o que penso, / E outras vezes dizendo-o mal e com misturas, / Vou escrevendo os meus versos sem querer, / Como se escrever não fosse uma coisa que me acontecesse / Como dar-me o sol de fora. / Procuo dizer o que sinto / Sem pensar em que o sinto. / Procuo encostar as palavras à idéia / E não precisar dum corredor / Do pensamento para as palavras / Nem sempre consigo sentir o que sei que devo sentir. / O meu pensamento só muito devagar atravessa o rio a nado / Porque lhe pesa o fato que os homens o fizeram usar. / Procuo despir-me do que aprendi, / Procuo esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram, / E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos, / Desencaixotar as minhas emoções verdadeiras, / Desembrulhar-me e ser eu, não Alberto Caeiro, / Mas um animal humano que a Natureza produziu. / E assim escrevo, querendo sentir a Natureza, nem sequer como um homem, / Mas como quem sente a Natureza, e mais nada. (p. 84)*



O objetivo dessa atitude clínica será o de acompanhar o paciente, de forma cuidadosa, continente e disponível, no clareamento de sua necessidade naquele momento e circunstância.

Ao discorrer sobre mitos de criação, von Franz (2003) faz uma alusão ao processo criativo de pintura, quando um borrão acidental pode dar origem a um processo criativo inusitado e significativo. A autora comenta, inclusive, sobre artistas que se utilizam de manchas involuntárias como método de criação que visa o acolhimento a expressões espontâneas do inconsciente. Seguindo esse raciocínio, uma atitude como *démarche clínica* permitirá contemplar o processo espontâneo do paciente, acolhendo-lhe seus possíveis *borrões* criativos ou limitantes, de forma que a possibilidade de expressão de seus conteúdos ocorram por uma via de atenção e cuidado.

## 6.2 *Levando a clínica ao hospital*

A partir das discussões apontadas por Amatuzzi (2008), sugiro pensar que “levar a clínica ao hospital” significa levar a alma ao cotidiano asséptico da instituição hospitalar. Mas, o que é alma? Seria cada experiência de vida, implicada e abarcada por sentimentos, pensamentos, emoções, reações e desejos, a partir de uma pluralidade dialética de relações entre si e para com os outros? O templo da alma é o corpo, em sua dimensão física e espiritual, mas seu *ethos*, sua morada, está em seu modo de ser no mundo e consigo mesma, em seu exercício de vida, em sua atitude diante da e na vida. Esse exercício de viver se dará a partir de um processo de individuação.

Menciono a palavra alma, aqui, somente para destacar que, no hospital, torna-se importante levar em conta não apenas o racional, mas também as emoções e o que não é linear ou causal. Parece ser relevante considerar a dimensão subjetiva, portanto.

Um olhar junguiano diante da psicopatologia do cotidiano, inclusive, é introduzir uma atitude diferenciada, no sentido de que sai justamente do cotidiano para aceitar a problemática, a sua e a do outro, “conseguindo amar, claro que não os problemas em si, mas a pessoa com seus sofrimentos interiores. Se formos ver de perto, são eles na realidade que nos

forçam a aprofundar o nosso conhecimento de nós mesmos. A neurose, diz Jung, é um sofrimento da alma que não chegou a achar seu sentido” (Bonaventure, 1997, p. 16).

Afinal, não é essa uma atitude humanista?

Para Bonaventure (1997, p. 18), humanizar, enquanto proposta de Fierz, é “favorecer o desenvolvimento humano da loucura”, isto é, ouvir e considerar o sofrimento do outro sem nada a priori, levando a sério seu “drama interior angustiante e se *deixando* [itálico nosso] interrogar por eles” (p. 18), permitindo-se, e a ele próprio, impor luz ao fenômeno que pede para se comunicar e que aos poucos vai se revelando e impondo necessidade de atenção e importância. Para tanto, o psicólogo deve se interessar pelas angústias e contra-sensos do outro, compartilhando-os, com verdadeira participação numa escuta envolvida e livre de julgamentos ou pré-conceitos, inclusive, teóricos (Bonaventure, 1997). Deve ser animado como que por um *fogo sagrado* que lhe confere entusiasmo em participar de encontros com o outro (com a *loucura* do outro).

E, nesse sentido, sua participação deve ser tal como a da figura do Louco, do Tarô de Marselha, que percorre com habilidade todas as cartas, possibilitando sentidos a todas elas e propondo-lhes questionamentos a partir delas, mas sem se dissolver ou sem se misturar com nenhuma (Bonaventure, 1997).

Assim, o psicólogo deve apreender a situação como um fenômeno em si: tal como ele se mostra. Sem julgamentos em termos de opostos: bem ou mal, saúde ou doença (Hillman, 1989). Desse modo, cada experiência deve ser vivida e sentida a partir do que há em si para ser experimentado, mesmo que nela estejam inflingidos sentimentos ou sensações que incomodam, pois, sua finalidade está em experienciá-los e deixar surgir o que disso for possível.

Desse modo, a psicopatologia do cotidiano recebe um outro lugar, que não o da insatisfação e sofrimento sem sentido, mas o da subjetividade ressignificada e considerada, num contexto de individuação restituído de importância e cuidado.

O que é psicopatologia do cotidiano?

Bonaventure (1997) se refere ao termo *patologia cotidiana* para discorrer sobre as problemáticas existentes no cotidiano do ser humano, em termos de angústias e sintomas, em direção dos quais ele sugere que deva haver uma mudança de atitude no sentido de aceitação e auto-conhecimento, buscando-se um novo sentido do homem se relacionar com esses conteúdos conflitivos que não o da patologia.

No hospital, a psicopatologia está presente no cotidiano das relações, inclusive, pois falta troca e compartilhamento (Bleger, 1984). No hospital, muitas vezes, o olhar é o do susto, da desaprovação e do afastamento para que um não se contamine ou não se deixe atingir com o sofrimento e a *loucura* do outro. E, portanto, é o cotidiano da frustração e da impotência num contexto onde todos os dias as pessoas buscam atender aos pedidos do outro para serem amadas, tendo suas próprias necessidades frustradas e sem conseguir atendê-los porque, na relação com o outro, as contradições, não-sentidos e emoções deste afetam uns aos outros e não se sabe como se relacionar com isso.

Falta Eros no cotidiano do hospital, para que o exercício do amor seja um compartilhamento de zelo e valoração pelo que encaro no outro e naquilo que isso reflete em *mim* (Silva & Freitas, 2009).

Segundo Guerra (2009), o amor deve estar conjugado a aspectos de liberdade, poder e ética. Para a autora citada, a liberdade fomentada pelo amor possibilitará o nascimento de uma nova consciência; isso, desde que a ética do outro, ou seja, o seu modo de habitar sua própria morada seja respeitada. Esse diálogo somente será possível numa relação de alteridade por parte do psicólogo para com o paciente, no sentido de que esse último seja restituído do poder que lhe cabe. Um poder que, se exercido em parceria com o amor, se expressará em liberdade de escolha, decisão consciente, zelo e auto-cuidado.

Eros é o elemento que pode fazer fluir sentidos para as almas, inclusive no cotidiano do hospital e nos encontros transitórios que nele acontecem.

A atitude do psicólogo é a mola mestra de seu trabalho, o que ele fará a partir de seu relacionamento com o paciente por meio de uma “prontidão para compartilhar a experiência” deste (Bonaventure, 1997, p. 09).

Importante, aqui, aludir aos conceitos etimológicos das palavras clínica, escuta, ausculta e demanda.

A palavra clínica origina-se de *klinein*, do grego, traduzindo-se em “inclinar-se ou reclinar-se próprio da prática daquele que cuidava de quem estava ao leito (*klinē*) dando voz a um sofrer” (Morato, 2008, p. 6).

Escuta, do latim *auscultare*, significa “ato... de ficar à espreita para ouvir... aplicar o ouvido para perceber ou ouvir; ouvir com atenção; levar em conta... exercer ou aplicar o sentido da audição” (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999).

Ausculta é referida com o significado de “aplicar o ouvido a (peito, ventre, costas, etc.) para conhecer os ruídos que se produzem dentro do organismo; procurar conhecer, sondar, inquirir” (Bueno, 1991, p. 92).

Demanda, por sua vez, do latim *demandare*, em sua origem significa confiança e entrega, remetendo-nos à idéia de procurar, buscar, caminhar para (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999; Morato, 2008).

Para Jung (1971/1985), o encontro do psicólogo com o paciente precisa ser construído na relação, a depender de ambos. Sendo assim, inevitável será que a personalidade do psicólogo se inclua neste encontro, o que, dentro da idéia apoiada num fazer *clínico*, podemos entender sua pessoa não se destituindo da atitude de ouvinte atento e disposto para acolher e auxiliar o paciente no resgate de sua demanda. Para que isso seja possível, o psicólogo precisa ter clareza sobre suas atitudes e, portanto, sobre o lugar que opta por ocupar no contexto hospitalar; além disso, para que sua personalidade esteja inserida nas situações de encontros *clínicos*, ele também precisa realizar o seu encontro consigo mesmo, reconhecendo seus limites e dimensionando suas possibilidades. E, nas palavras de von Franz, “nesse ponto, o processo deixa de ser um ‘tratamento’, tornando-se um relacionamento que envolve um mútuo dar e receber” (1999, p.305).

Isso me parece possível a partir do momento em que eu permitir ao meu paciente a oportunidade de apresentar “seu material o mais completamente possível, sem limitá-lo pelos meus pressupostos” (Jung, 1971/1985, p. 03).

Recorro, inclusive, à imagem de Chíron (ou Quíron), deus e médico grego, bondoso e sensível, que sofre de uma ferida incurável, apesar dele próprio ser conhecedor e detentor de ervas e poderes mágicos de cura (DeMarco, 2003b; Guggenbühl-Craig, 2004). Trata-se de uma imagem arquetípica, ou seja, de uma imagem instintivamente repetida e pertencente ao imaginário coletivo que diz respeito a uma “forma inerente e potencial de comportamento humano” (Guggenbühl-Craig, 2004, p. 81). O arquétipo do curador ferido<sup>30</sup> é acionado toda vez que uma pessoa adoecer ou se fere; para que ela se cure, é preciso que entre em contato com seu aspecto de curador, um fator interno inerente a todo ser humano; e, conseqüentemente, aquele que cura também possui internamente aspectos feridos que precisam ser acionados a fim de que seja capaz de curar o outro e/ou a si mesmo.

---

<sup>30</sup> Existem outras diferentes denominações para o referido arquétipo, tais como: médico ferido, terapeuta paciente. Tais diferenças não revelam contrapontos no que diz respeito ao conceito. Escolhi neste trabalho utilizar o termo curador ferido como referência ao arquétipo.

Podemos entender a cura, em termos psicológicos, como procedente do “encontro de um significado para a doença” (Meier, 1967, citado por Groesbeck, 1983, p.73); esse entendimento ressoa, inclusive, nos objetivos da atitude clínica, onde o psicólogo se debruçará sobre a necessidade do paciente, em busca de interrogação de sentido – necessidade e busca, estas, percorridas junto com o paciente e a partir dele no encontro clínico.

Para DeMarco (2003b), a cura possui uma natureza de duplos aspectos por parte do psicólogo: de um lado, aqueles que são instintivos e intuitivos e, de outro, estão aqueles espirituais e intelectuais. Os três primeiros aspectos parecem estar ligados a atitudes que envolvem amor – cuja presença de Eros é preponderante – e respeito ao paciente; o último aspecto referido está ligado às capacidades teóricas e técnicas adquiridas.

No caso do curador, aqui sendo entendido em termos que simbolizam o psicólogo, é preciso que experimente suas próprias feridas continuamente, a fim de que, conhecendo-as, seja capaz de possibilitar o surgimento, reconhecimento e a escuta das feridas do paciente.

Inclusive, Jung (1971/1990) nos alerta de que “é bom que não se passe um único dia sem que o psicoterapeuta se lembre humildemente de que ainda tem tudo a aprender” (p. 121, § 464).

Na relação dialética entre paciente e psicólogo, os aspectos de curador ferido poderão ser resgatados e mobilizar construção de significações e de sentido. Entretanto, seus atores precisam e podem se mobilizar como seus próprios agentes num processo pessoal e independente de uma relação terapêutica; ou seja, esta, não necessariamente, precisa estar em processo para que o referido arquétipo seja acionado.

Guggenbühl-Craig (2004) alerta para o perigo do abuso do poder que pode estar embutido na dinâmica do arquétipo do curador ferido. Nessa linha de raciocínio, é importante ter sempre clareza de que a atitude clínica implica o debruçar a uma demanda que deve ser auscultada no sentido de que o paciente a traga e isso ressoe nele próprio, a fim de que ele possa reconhecê-la como sendo sua necessidade e que, inclusive, ele a identifique e a interpele para um curso de atenção, cuidado e de criação e/ou resgate de significação e direcionamento.

Essa discussão está em total concordância com o que Jung (1971/1985) afirmou sobre o fato de que “tenho que renunciar à superioridade no saber, a toda e qualquer vontade de influenciar” (p. 03, § 02) quando eu estiver diante de meu paciente.

Sobre isso, ressalta-se a importância do próprio psicólogo, independente de seu tempo de formação, sempre estar disposto a procurar pelo seu próprio espaço de cuidado. O espaço da supervisão, quando também abordada sob a perspectiva de um espaço clínico, tal como conceituada neste trabalho, pode ser um caminho – entre tantos outros possíveis – de reflexão, acolhimento, resgate e desenvolvimento de potencialidades, só para citar algumas possibilidades. No entanto, penso que é preciso, de fato, estar aberto para usufruir de um espaço nesse sentido, pois, para tanto, é preciso olhar para e lidar com conteúdos nem sempre agradáveis, como, por exemplo, reconhecimento de fraquezas, impotência, auto-desvalorização. Claro que conteúdos revigoradores também fazem parte deste espaço, quando, por exemplo, (re)descobrimos aspectos já amadurecidos e desenvolvidos ou quando constatamos um valor ou potencialidade profissional próprios, mas, até então, não muito clarificados. Pensando nisso, desenvolvi a narrativa que trago a seguir.

***Demanda experimentada e clarificada: desnudando-se em supervisão***

*Submeter-se à supervisão nem sempre é tarefa tranquila.*

*Muitas vezes, é como se eu me despisse. E, para mim, é preciso que seja assim. Despir-me de receios, de medo do erro, de isso e aquilo desnecessários.*

*E com aquele caso não foi diferente.*

*Naquela tarde, despedi-me de minha supervisora me sentindo péssima. Não que ela me provocasse isso, mas o sentimento me era inevitável naquele momento, apesar de sua acolhida clarificadora e mobilizadora. Eu sentia que havia feito menos do que podia. E com a supervisão eu pude confirmar. Mas, junto com os sentimentos de impotência, eu também carregava a clareza da necessidade de mudanças pessoais. Era preciso fazer faxina; tirar tudo do lugar, encher sacolas com o que não me servia mais e que precisava ir para o lixo, uma outra para a reciclagem ou reforma e ainda uma terceira com aquilo que não era meu e que eu precisava devolver. Mudar as coisas de lugar também me fazia necessário naquele momento. Tudo isso para que eu pudesse ocupar o MEU lugar.*

*Ah, lugar este tão sonhado e desejado. Mas, ops... Dei-me conta de que já o ocupara há algum tempo. Só que não da forma como eu desejava e necessitava ali, naquele tempo e espaço. Ora, essa faxina então seria providencial. Essa era minha demanda. Afinal, eu, também, demandava. Nossa, eu acabava de experimentar naquela sessão de supervisão um trabalho de construção de sentido para uma demanda: a minha. Construção que acabava de ser feita a quatro mãos. Eu demandava, por ora, situar-me e me reorganizar*

*na minha morada para seguir adiante e habitá-la, de modo que eu pudesse me responsabilizar por minha escolha de como ocupar o meu lugar ali para, então, delimitar e ocupar um lugar.*

Esta narrativa refere-se a um momento entre aqueles nos quais eu considerava ter adquirido clareza e maturidade profissional o suficiente para realizar meu trabalho no hospital com êxito. No entanto, no instante em que me deparei com o retorno do referido caso, senti-me novamente *mexida* e mais uma vez debruçada sobre minhas inquietações referentes ao meu trabalho. Começou a se mostrar para mim uma necessidade essencialmente importante em obter uma clareza mais alicerçada sobre a motivação (no sentido de motivo para a ação) de meu trabalho e a postura que eu pretendia adotar dali para frente. A seguinte narrativa torna-se uma tentativa de ilustrar essa discussão:

### *Atendendo ao “chamado”*

*E, de repente, o zum zum zum da praça não era de pessoas conversando ou de crianças brincando. Meus olhos procuravam e, ao ver o que se sucedia, minhas pupilas se dilataram. O burburinho vinha de duas mães que brigavam.*

*O que fazer? Ir ou não ir atender ao “pega-fogo”?*

*O que caberia a um psicólogo fazer naquela situação? E, dessa vez, o chamado não vinha da equipe, mas da própria situação que urgia. E eu poderia decidir, ali mesmo, se o atendia ou não.*

*Ficar ali parada, olhando ou fazendo de conta que eu não estava vendo, não me deixaria à vontade, pois o chamado me tocava a campainha em meus ouvidos. E, agora, o que eu faço? Talvez, a minha pergunta era: como faço? A decisão de que algo me cabia fazer eu já havia tomado. Aquela chamado me mobilizava para uma ação.*

*Segui meu ímpeto e, espontaneamente, fui até o nó debaixo do qual se encontravam duas mães que competiam forças, puxando o cabelo uma da outra. Resolvi deixar que a situação me guiasse para o que poderia ser feito. Tentei separá-las e, para isso, recebi ajuda espontânea de um segurança e de um auxiliar de enfermagem. E deixei que a função da Psicologia aparecesse, ali, sem nada pronto ou já pensado (inclusive, porque não havia tempo para isso). E minha função aconteceu, levando a uma oferta de escuta para o que acabara de se suceder.*

*Ao redor daquele nó entre as duas mães, havia outras mães e três pessoas da equipe que, juntos, tentávamos desatá-lo – ou desatá-las. Aleatoriamente, cada um puxou para um*

*lado aquela que lhe estava mais próxima. O segurança, do seu lado, puxou uma das mães, furiosa inclusive, e saiu com ela, dizendo-lhe que a levaria até a assistente social.*

*E, do meu lado estava a outra mãe, que, por sua vez, portava um sorriso sutil em seu rosto. Instantaneamente, apresentei-me a esta que ali ficou e lhe perguntei se ela queria conversar sobre o que acabava de acontecer. Ela não me respondeu verbalmente, mas me acompanhou até o outro lado da praça, onde estava mais privativo.*

*Ao lhe perguntar o que havia acontecido, a resposta surgia entre a manutenção de um sorriso que sugeria uma vitória sentida secretamente e lágrimas nos olhos que revelavam raiva e alguma dor não totalmente conhecida.*

*A história que se revelava era de que esta mãe com a qual eu conversava agiu pelo impulso de um incômodo de saber que a outra mãe era, na opinião da primeira, desnaturalada e abandonara seu bebê. Boa mãe era ela – com a qual eu conversava, segundo a mesma – pois estava “virando-se nos trinta” para conseguir dar conta de seus filhos, sozinha.*

*Conforme meus ouvidos acolhiam a voz dessa mãe, eu percebia que minha função ali estava, de fato, acontecendo.*

*Essa mãe não falou muito além disso, em termos de conteúdo. Mas, o quanto ela pôde falar da situação pareceu ter sido um movimento de vazão de um incômodo que ia além da “pena” que ela afirmava ter do bebê. Incômodo que, minutos antes, havia se manifestado visceralmente.*

*Embora eu tivesse tentado oferecer possibilidade de refletir sobre esse incômodo, refletir não era algo que ela demonstrava necessidade naquela conversa comigo.*

*Até tentei pensar junto com ela sobre sua suspeita de que a agressividade se repetiria caso ela visse aquela mãe, novamente. Mas, percebi que minha função ali iria além de orientá-la sobre as conseqüências de uma nova cena de agressividade. Apontar-lhe uma possibilidade de ser ouvida em sua situação, em vez de julgada, pareceu-me ser o bastante para o momento. Inclusive, pensando-se isso também em relação a outra mãe, para a qual eu dirigi meus ouvidos em outro momento.*

Na situação que cito na narrativa acima, diferentemente do que experienciei na narrativa que denominei “Reconhecendo atitudes que me destituem de um lugar” (que pode ser localizada no capítulo 3.1), meu motivo para atender ao chamado do acontecimento não foi o de facilitar o processo de interação e de auxiliar a equipe na tentativa de fazer a paz



reinar na enfermaria – tal como percebo ser uma necessidade da equipe, ali muitas vezes, como se qualquer manifestação de emoção que extrapolasse o corriqueiro tirasse todos do controle e da busca da cura (no seu sentido moderno) e do bem estar geral. Foi-me, então, possível, oferecer um espaço de acolhimento e atenção para aquela expressão de emoções. Realmente, houve uma vocação, no sentido de haver um chamado, mas da situação e não de alguém, qualquer que fosse, que não soubesse ali o seu papel e função. Encontrar meu lugar naquela situação foi um desafio.

Retomando a questão sobre o lugar a respeito do qual aqui me refiro, devemos pensar acerca da maneira através da qual o psicólogo se coloca, se posiciona e age dentro do hospital. Inclusive, frente às solicitações e indicações de seu trabalho no âmbito da assistência. E, refletindo a respeito, proponho pensar um lugar que não se trata de físico, mas abstrato, no qual acontecem as relações e que é permeado por sentimentos, emoções e afetos que se mostram numa maneira de ser, reagir e estar no lugar físico que, aqui, refere-se ao hospital.

Um lugar que se encontra num *campo relacional*, no qual o psicólogo possui uma prontidão que lhe implica uma atitude de cuidado e atenção, movendo-o a transitar *entre* as relações que se sucedem no hospital. Relações entre equipe no que se refere aos usuários, relação entre equipe e paciente ou familiar deste, relação entre paciente e seu familiar, relação, inclusive, entre o paciente para consigo mesmo.

O *setting* terapêutico do psicólogo que trabalha em contexto hospitalar difere daquele encontrado em consultório, por vários motivos que podemos enumerar: honorários, duração de cada sessão, oferta e procura pela consulta psicológica, interrupções da sessão (Bruscatto, Benedetti & Lopes<sup>31</sup>, 2004).

A palavra *setting*, de origem inglesa, significa cenário, ambiente ou moldura. Em linguagem psicológica, refere-se às condições de tempo (duração da sessão, intercorrências, etc.) e ambiente físico (adequação da sala, por exemplo) e emocional (atitudes do psicólogo e do paciente em relação ao contexto da situação) organizadas para o encontro terapêutico.

No hospital, acima de tudo, o seu *setting* diz respeito a um lugar de disponibilidade emocional, pautado numa atitude que é clínica; o psicólogo escuta pelo ato de escutar em si, simplesmente inclinando-se ao leito para deixar vir, ver e ouvir(se) aquele que por algo sofre.

Para von Franz (2003), muitas vezes, o simples fato do paciente se sentir compreendido pode levá-lo a transpor uma situação.

---

<sup>31</sup> Autoras orientadas pela prática da Psicologia em hospitais.

Essencial se torna que o psicólogo esteja continuamente atento e numa escuta cuidadosa e paciente daquilo que o paciente tiver a lhe dizer. Em princípio, o psicólogo que desconhece as preocupações e incômodos do paciente, desconhece também se estas são passíveis de algum, e qual, tipo e natureza de trabalho psicológico. Isso, tendo em vista e considerando que, seja qual for a demanda do paciente, um trabalho psicológico, de qual tipo for, é possível, uma vez que o princípio do mesmo, antes de pensar em técnica de trabalho, é a atitude de prontidão para valoração e atenção àquilo que ausculta. No entanto, o percurso do trabalho psicológico e a habilidade que será adquirida para cada situação e contexto são imprevisíveis.

Essa atitude sem julgamento prévio, possibilitando o que Jung chama de constelação, que é sempre imprevisível e destituída de controle, a se construir pelo psicólogo e pelo paciente de modo particular na pluralidade de cada encontro e na singularidade de cada relação (Fierz, 1997). A constelação diz respeito ao clima emocional que se estabelece no encontro e conteúdos e reações emocionais suscitados que dão forma ao percurso e direcionamento ao trânsito do momento. A constelação seria o modo particular de se vivenciar uma experiência do encontro, no caso psicológico. Nessa constelação, os elementos que lhe dão forma e sentido são conscientes e, portanto, passíveis de reconhecimento e clarificação, nem por isso deixam de influenciar a relação que ali se estabelece. Esses elementos psíquicos constelados se referem aos complexos – tanto do paciente quanto do psicólogo – que se agrupam por ocasião daquelas circunstâncias de encontro e, por conseguinte, se relacionam a questões ou preocupações do paciente. O termo complexo refere-se a um grupo de conteúdos psicológicos com carga afetiva que possui autonomia, ou seja, o paciente não possui controle sobre as emoções sentidas e reações que lhe são suscitadas quando um complexo é ativado, quando acionado numa determinada experiência que a ele se relaciona.

O *setting* psicológico será o espaço onde essas constelações serão dadas. Trata-se de um espaço emocional que se sobrepuja ao espaço físico que é possível para o encontro entre psicólogo e usuário. E só será possibilitador de um trabalho psicológico a depender de ambos. Ao psicólogo caberá oferecer uma atitude de Héstitia, numa prontidão para acolher, auscultar e deixar acontecer o que for possível naquele momento. Oferecer o estar junto, rodeado pelo calor daquele encontro. E, ao paciente, caberá o estar disponível para esse encontro de acolhida, o que dependerá de sua possibilidade naquele momento. Caberá a ele sua escolha para deixar-se estar, deixar-se ser aquecido e auscultado.

*Uma tenda montada em meio ao caos*

*Senti-me como se estivesse sentada embaixo de uma tenda com a paciente, em meio a uma guerra que ocorria ao lado de fora. E, a cada tentativa de me aproximar da paciente e oferecer um momento de calma e acolhimento em meio àquele caos, vinha um tiro e rasgava nossa tenda, abrindo brechas que eu tentava segurar com as mãos, mas que me escapavam pelos dedos e seduziam a paciente a desfocar seu olhar lá para fora. Os tiros foram tantos, que a tenda quase não se mantinha mais em pé e agora já eram apenas tiras à nossa volta. E ficamos ali, completamente expostas e, por mais que tentássemos manter nossa tenda, agora invisível e porosa, não nos foi mais possível.*

*Assim são imagens que ilustram minha memória sobre o atendimento que ofereci àquela paciente que tentara suicídio ao ingerir 1 litro de álcool puro com acetona. O atendimento se deu na ala de observação psiquiátrica, no pronto socorro de adultos.*

*Durante o atendimento, por mais que eu tentasse manter uma proximidade e um ambiente protegido entre nós, sua atenção estava bastante dispersa com as ocorrências à sua volta e com pouca capacidade de focar nossa conversa. Seu leito estava praticamente encostado a mais dois de cada lado. E, à sua frente, um paciente da mesma ala esbravejava-se com uma enfermeira e andava de um lado para o outro, inquieto. Não tínhamos, naquele momento e local, outro espaço que pudéssemos realizar nosso encontro de maneira privada e sigilosa.*

*Encerrei nosso atendimento me sentindo frustrada por não ter conseguido realizá-lo. No entanto, percebo que, na verdade, o encontro aconteceu, sim. No entanto, não da maneira como eu ou a paciente gostaríamos; mas, da maneira que nos foi possível. E o que nos foi possível foi a possibilidade de aproximação e a oferta de olhar e escuta, em meio àquele caos. Logo depois, a paciente recebeu alta e não voltamos a nos encontrar.*

No atendimento que deu origem a esta narrativa, manter firme minha postura de atenção e escuta foi um desafio constante. No entanto, não foi possível à paciente que minha oferta se sobressaísse ao turbilhão do contexto que estava à sua volta, naquele momento. Após alguns minutos de tentativa de atendimento, foi preciso admitir que não seria possível prosseguir ou insistir em conversar com a paciente, pois sua atenção estava voltada para o que acontecia fora dela naquele momento. No entanto, a atenção que lhe ofereci não perdeu sua importância; esta só precisou respeitar ao limite que a situação impunha. E o limite da

disponibilidade da paciente, devido, inclusive ao contexto do momento, não possibilitava olhar para si.

Naquele encontro, o *setting* foi perfurado e invadido, impossibilitando uma escuta e acolhida plena. Reflito, a partir dessa experiência, o quanto escapa ao psicólogo manter pleno controle de seu próprio *setting* de trabalho, no hospital. Afinal, um encontro apenas acontece a partir de, no mínimo, duas pessoas, sendo estas ambas responsáveis pela construção e alicerce do mesmo.

O paciente precisa sentir que o processo de análise se dá “dentro de si mesmo num recipiente seguro” (Hall, 2003, p. 29) e esse receptáculo promovido no encontro psicológico, é uma parte essencial da relação entre psicólogo e paciente.

Furigo (2006) também considera que um ambiente “seguro, protegido e acolhedor” possa ser oferecido pelo psicólogo em situações de pronto atendimento.

Considerando-se que o corpo doente e que sofre pode ser escutado em qualquer lugar, desde que haja uma escuta comprometida, o *setting* poderá ser constituído a partir dessa perspectiva de que se trata de uma construção psicológica muito mais do que (e, não necessariamente) física.

A narrativa descrita a seguir refere-se a uma reflexão sobre a descoberta de que a postura física pode facilitar a escuta, quando o *setting* pode ser construído, mesmo que em local improvisado.

#### *Lado a lado com o paciente*

*O espaço onde, atualmente, sinto-me mais à vontade para estar com os pacientes da unidade pediátrica é a praça que existe no andar deste serviço do hospital em que trabalho.*

*Uma praça com jardim, espaço lúdico e bancos por ela espalhados, à espera de acolher conversas ou pensamentos solitários.*

*E é nesta praça que eu prefiro que meu encontro com o usuário, seja ele a criança ou o seu acompanhante, seja acolhido. Um acolhimento que não sinto na minha própria sala, a qual, teoricamente, eu poderia utilizar para atendimentos.*

*A sala que ocupo, hoje, administrativamente, eu divido com o Serviço Social. Esse espaço físico gera-me desconforto para que eu possa receber meus pacientes para atendimentos.*

*Trata-se de um espaço pequeno, o que gera falta de intimidade e privacidade para a minha conversa com o paciente – especialmente quando prefiro uma situação lúdica, como no caso das crianças. Uma ou duas assistentes sociais costumam realizar seus atendimentos, constantemente e, muitas vezes, concomitantemente, nesta mesma sala, o que permite que um paciente ouça a conversa do outro sem escolhia.*

*Inclusive, pessoalmente, eu não me sinto à vontade em ter uma mesa separando-me do paciente e, nesta sala, não há uma possibilidade de dispor os móveis de modo que não haja obstáculos entre nós.*

*A “pracinha” parece criar um clima de maior acolhimento, apesar de ser um espaço aberto. Eu sempre sinto que, ali, é possível ter maior intimidade em certo “cantinho” que escolho realizar meus atendimentos porque o barulho se dilui melhor e gosto da disposição que o banco da praça ocasiona entre o paciente e eu: ficamos sempre lado a lado.*

*Comecei a me dar conta de que essa postura de “lado a lado” possui um valor terapêutico importante porque, no caso, implica, na verdade, num estar frente a frente e, melhor que isso, um estar junto. Torna-se possível concretizar ao paciente que ele é o responsável por aquilo que está trazendo para a conversa com o psicólogo e que este pode estar com ele e pensar na situação que ele traz, em sua dor, medo ou preocupação.*

*Lado a lado ou frente a frente. Não à frente ou atrás, mas junto com ele.*

Mais importante que o ambiente físico para o encontro entre psicólogo e paciente é que a disposição entre ambos possibilite um clima afetivo, confortável e espontâneo. Esse ambiente carrega em si, simbolicamente, a lareira que pertence à Héstia, deusa presente em diversos momentos deste trabalho. “O importante é que o paciente sinta que está lidando com o terapeuta como um ser humano” (Fierz, 1997, p. 32), de modo que reações espontâneas, porém responsáveis por parte do psicólogo, possam ser compartilhadas.

O espaço físico, no entanto, não deixa de portar importância ao ser escolhido, pois se trata de um recurso que pode congrega aspectos que condicionem a *presença* de Héstia ao seu centro. Um ambiente físico que preserve em si um mínimo de condições para um encontro tranquilo e privativo pode oferecer hospitalidade e ser emocionalmente organizador em

relação ao caos que pode estar sendo experimentado, interna e/ou externamente, durante a hospitalização.

Torna-se possível, aqui, fazer uma alusão, inclusive, ao que Kalf (1973) diz sobre o processo terapêutico com o Jogo de Areia: o processo se dá num “espaço livre e protegido” (citada por Weinrib, 1993, p. 37), dentro de dimensões físicas e emocionais. O componente físico do trabalho com o Jogo de Areia é constituído pelos aspectos concretos da técnica – enquanto o paciente é convidado a mexer na caixa e criar imagens livremente, ele possui um número limitado de miniaturas e um espaço limite que o contém. O aspecto emocional se faz presente pela atitude do psicólogo que deverá ser de aceitação, acolhimento e prontidão para receber as imagens, quaisquer que sejam elas, que o paciente vier a expressar, sem julgamentos ou pré-conceitos. A oferta é, portanto, de liberdade com limites de proteção. Freitas (1987) também refere sobre a importância de se oferecer ao paciente um ambiente seguro e continente para que ele deposite suas ansiedades e angústias.

O processo com o Jogo de Areia explicita bem a forma como vejo o trabalho do psicólogo no hospital deve ser.

Tal como no Jogo de Areia, no encontro psicológico, as imagens – ou conteúdos – surgidas são únicas e próprias do momento em que emergem. Em qualquer outro momento, elas serão diferentes em algum aspecto, seja de estrutura ou conotação. Além disso, é essencial a postura de prontidão para acolhida, de modo, inclusive, que esta tenha um propósito de receptáculo que esteja disposto a receber e sustentar qualquer conteúdo que lhe for colocado. O limite protegido, no caso do trabalho psicológico no hospital, pode ser remetido pelo *setting* construído emocionalmente e que se dá dentro de um contexto. O local, muitas vezes, pouco privativo do atendimento e as interferências a que o atendimento está suscetível oferecem ao paciente um chamado constante à realidade e, apesar disso, a figura do psicólogo lhe possibilita um descer ao nível de seu sofrimento de forma livre, porém limitada e protegida, para que ele possa retornar à sua realidade atual, sendo-lhe possível vislumbrar novas possibilidades.

Emprestando uma metáfora utilizada por Amaral (n.d.), nesse atendimento ao qual minha última narrativa se refere, *o forno foi aberto antes da hora*. “É como quando se faz um bolo. Não se pode deixar a porta do forno aberta, senão não assa direito. Abrir a porta do forno antes da hora, embatuma” (p. 3).

Para Freitas (1987), a metáfora de forno para o encontro psicológico é bastante ilustrativa, muito mais do que a do vaso alquímico como receptáculo dos conteúdos emocionais. Para ela, vaso sugere um recipiente estático e, em contrapartida, o forno sugere movimento pelas ondas de calor que ele contempla e permite regulá-las.

No contexto hospitalar, a porta do forno é aberta sempre. O psicólogo no hospital precisa criar nova tecnologia na utilização de fornos que continuem a assar seus bolos apesar de abertos. Ou, então, ter uma perspicácia de saber aproveitar o bolo no ponto que este estiver quando o forno for aberto. Como uma culinária de improviso. Por isso, eu costumo dizer que o psicólogo que trabalha em hospital vai desenvolvendo uma agilidade e criatividade que lhe confere a possibilidade de fazer de um cruzar de olhos um encontro psicológico, quando temperado de emoção e de propriedade.

No hospital, serão, na maioria das vezes e devido ao seu contexto, as sutilezas que promoverão um efeito terapêutico. Portanto, um olhar que encontra outro, dirigido com atenção e firmeza pode ser uma maneira de intervir psicologicamente.

Ressalto que, uma vez que a palavra intervenção significa promover interferências que podem afetar o outro (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999), torna-se essencial que seja feita com cuidado a esse outro durante o encontro.

O acontecimento do encontro psicológico promove um tipo de relação que se faz diferentemente de todas as outras que no hospital se sucedem. Isso é devido à postura e atitude do profissional, de acordo com sua proposta de trabalho. No caso do encontro com o psicólogo, muitas coisas são a eles expressas devido ao teor do espaço *livre e protegido* possibilitado ao usuário. Desse modo, há coisas que são ali ditas e expressas, inclusive não verbalmente, que somente ali devem ser mantidas, como um segredo. Nos trabalhos alquímicos, isso também se dava, em relação a manter em segredo os elementos químicos que seriam utilizados e os conhecimentos a respeito do modo que desenvolviam para operá-los, a fim de que não fossem revelados além das relações que se sucediam entre os alquimistas envolvidos num determinado procedimento e seus amigos mais íntimos (von Franz, 1999). Não que, necessariamente, se queira fazer de determinado conteúdo um segredo, mas porque o mesmo se deu por manifesto a partir do momento do encontro, e, muitas vezes, somente por ocasião dele. “‘Não dizer toda a verdade’ é também deixar lugar para o escuro, para o inconsciente, que nunca se esgota, nunca vem todo à luz.... Cabe ao ego curvar-se e

reconhecer que a totalidade, não a conhece por inteiro, e jamais o fará” (Baptista, 2007, p. 256).

Isso nos lembra sobre o que cabe ao psicólogo guardar eticamente dos conteúdos de uma sessão psicológica, inclusive, em hospital, ao discutir casos com a equipe e/ou fazer seus registros em prontuários. Essa característica é também encontrada em Hermes, que contém em si a “linguagem velada”, uma vez que contém o segredo alquímico, e que, por isso, é dito que o vaso alquímico deve estar “*hermeticamente*” fechado para que o processo de transformação aconteça (Baptista, 2007, p. 253, *itálico da autora*).

Jung (1971/1985) já dizia que o encontro analítico é um “procedimento dialético”. Para ele, “a pessoa é um sistema psíquico, que, atuando sobre outra pessoa, entra em interação com outro sistema psíquico.” (p. 01, § 01). Portanto, a relação que se dá no encontro analítico é dialética, no sentido de que há uma troca entre dois sistemas psíquicos. E, para Jung, a possibilidade de que o sistema do outro possa ter efeito no meu próprio é a “única coisa que posso oferecer ao meu paciente individual e legitimamente” (1971/1985, p. 03, § 02).

Wenth (2000, p. 6) destaca que é importante pensar que o processo analítico “obedece” ao procedimento dialético, conforme já mencionado em citação de Jung, pois estamos a serviço da psique do indivíduo à nossa frente e será sua individualidade que nos guiará.

Para Furigo (2006, p. 230), a “prática interventiva dialética” é essencial para o trabalho junto ao paciente no atendimento breve, conjuntamente com uma não neutralidade do psicólogo no sentido de que este vivencie junto com o paciente o processo que se dá durante a sessão de atendimento.

Na psicologia junguiana, a relação entre paciente e psicólogo não pode se amparar numa postura de neutralidade impermeável, pois, se assim o for, se fixará um estereótipo que neste tipo de trabalho não é favorável para o alcance da relação humana espontânea, tão importante para o desenrolar do encontro psicológico (Ulson, 1998).

Furigo (2006) acrescenta, inclusive, que existem algumas habilidades clínicas importantes para o psicólogo no trabalho de Plantão Psicológico. Dentre elas, é possível citar aquelas em estreita sincronia com o trabalho clínico do psicólogo em hospital: capacidade de estabelecer vínculos íntimos, senso de iniciativa, tomada de decisão, equilíbrio emocional diante da imprevisibilidade do contexto, capacidade de escuta e acolhimento sem



paternalismo, capacidade de silenciar-se e capacidade de desligamento, bem como de incentivo à desvinculação.

Numa relação terapêutica, a confiança e a credibilidade por parte do paciente em relação à figura e à capacidade profissional do psicólogo (ou qualquer outro profissional que exerça uma função terapêutica), correspondem à base do trabalho a ser desenvolvido. Como exemplo da importância desses dois fatores pode ser citado o efeito placebo.

O efeito placebo é comumente compreendido às avessas, ao ser associado a aspectos enganosos e exagerados no que se refere às manifestações sintomáticas de pacientes. Placebo significa “eu agrado”, podendo ser relacionado a conotações de bem-estar, fé e confiança incitados por um procedimento e repercutindo na eficácia deste, qualquer que seja sua natureza – ritualística, medicamentosa ou ligada à figura de um profissional cuja função é terapêutica (DeMarco, 2003b, p. 18).

No trabalho de abordagem junguiana, a persuasão ou sugestão não devem ser almeçadas, pois se entende a psique como autônoma de seu próprio desenvolvimento. Além disso, a liberdade de escolha do paciente deve sempre ser respeitada, mesmo que pareça correr riscos (Ulson, 1998). Afinal, não somos nós, psicólogos os detentores da verdade sobre o que é melhor para o outro. Uma neutralidade mínima é necessária no sentido de que o paciente não seja envolvido com pressupostos ou julgamentos que possam sobrevoar a mente ou o coração do psicólogo que o encontra.

“O homem só passa a ser responsável e capaz de agir, *quando existe a seu modo* [itálicos nossos]; se não, não passaria de um “maria-vai-com-as-outras”, ou de um moleque de recados, sem personalidade própria.” (Jung, 1971/1985, p. 24).

Necessário se faz que a atitude do psicólogo seja a de contemplar e acolher o processo criativo do outro e acompanhá-lo nesta jornada que pode, inclusive, ser bastante sofrida (von Franz, 2003). O psicólogo não pode privar o paciente da experiência de sua própria criação, seja ela referente ao que quer que seja em relação à sua demanda. O psicólogo pode favorecer o encaminhamento e direcionamento dos conteúdos que vêm à tona no encontro com o paciente, mas “a dificuldade, porém, está em que não se pode fazer a invenção pelo outro!” (von Franz, 2003, p. 24).

O psicólogo precisa confiar nas possibilidades daquele que se coloca à sua frente requisitando ajuda. Esse outro pode ser comparado a um jardineiro, em licença da analogia usada por von Franz (2003, p. 26), como alguém “que precisa decidir sobre o que irá arrancar

e o que irá cuidar para que cresça”. E, ainda sob as palavras de von Franz (2003, p. 26), podemos entender que “o analista excessivamente maternal, que se senta em cima para chocar um monte de ovos de fênix, acaba parindo ovos falsos”.

Praticar a Psicologia no hospital significa estar diante de uma prática que difere de outros modelos de atuação tradicionais, inclusive, no que se refere à especificidade de um trabalho que se instala dentro do contexto institucional. Aludindo-se a Andrade e Morato<sup>32</sup> (2004), respeitar essa diferença nos encaminha a uma dimensão ética (etimologicamente falando) no que se refere à prática da Psicologia em âmbito institucional. Essas autoras sugerem que, nesse contexto, o psicólogo não seja aquele que irá ocupar o lugar de especialista e, portanto, o daquele que possui um saber a ser transmitido, mas que possa atuar como um mediador que acolha o que for possível surgir nos diferentes encontros neste contexto. Desse modo, podemos pensá-lo como um mediador na relação com a equipe, com os usuários e entre ambos, não como um aliviador de conflitos, mas como aquele que os acolherá e que auxiliará seus protagonistas a um caminho de enfrentamento refletido e ressignificado frente aos mesmos.

Ainda de acordo com essas autoras, o uso da técnica e o desempenho do especialista não devem sobrepujar o lugar do clínico, enquanto aquele que debruça sua escuta para acolher e promover uma produção de demanda que se dá nos diferentes encontros da instituição hospitalar.

O psicólogo deixa de ser visto, portanto, como “superior, perito, juiz e conselheiro, mas como alguém que vivencia junto” (Jung, 1971/1985, p. 06).

Nota-se que muito é esperado do psicólogo um desempenho tecnicista, no sentido daquele que vai aplicar testes e fazer o diagnóstico diferencial em relação ao do médico, o que, inclusive, pode favorecer a este destituir-se da posição do não saber sobre o aspecto fisiológico do paciente, portanto, destituir-se de sua própria impotência.

Muitas vezes, a tarefa de se utilizar de testes e realizar psicodiagnóstico no hospital se mostra bastante pertinente. Porém, mostra-se importante refletir em relação aos objetivos e atitudes nos quais os psicólogos se apóiam no exercício dessa tarefa. Neste ponto, o alerta de Machado<sup>33</sup> (2001) se mostra pertinente para pensarmos sobre o ser instituído – que se deixa submeter sem questionamento aos saberes arraigados pela instituição – e o ser instituinte – que interpela por um novo saber e mantém sua legitimidade ética. Vechi (2010) também

---

<sup>32</sup> Autores orientados pela fenomenologia.

<sup>33</sup> Autor orientado pela abordagem da psicologia social clínica.

aborda esses conceitos, quando destaca a importância de que os indivíduos sejam agentes instituintes e, portanto, criadores de novas perspectivas e mudanças dentro dos movimentos e discursos instituídos que se repetem e que compõem a instituição da qual são parte integrantes. Esses aspectos possuem ressonância em Moretto (2001), a respeito da posição do psicólogo/psicanalista dentro da equipe multidisciplinar. Nesse sentido, torna-se possível discutir que podemos aceitar o pedido da instituição, mas não precisamos nos destituir de nossa ética pessoal e profissional; ou seja, podemos acolher as solicitações sem que precisemos respondê-las da forma como nos é pedido, de modo que possamos oferecer-lhe a atenção de encaminhá-la para um cuidado que, dentro de nosso olhar clínico, possa se manifestar. Não precisamos, portanto, abrir mão da legitimidade da Psicologia enquanto direcionamento de uma prática. E, então, poderemos realizar nosso trabalho sem nos deixar ser instituídos com as normas e apelos da instituição. Essa discussão parece encontrar apoio em Campos (1995) quando ela afirma que os profissionais da saúde – mencionando todos da equipe, mas dando ênfase ao psicólogo – necessitam “ouvir o apelo e sentir a angústia, para então poder responder com a ação adequada.” (p. 61), enfatizando que a “presença real e participativa” (p. 64) tem um efeito terapêutico, muitas vezes, sem que a palavra precise estar presente.

O fazer psicológico no hospital se orientará, assim, não somente pela técnica, mas por um fazer ético que se reflete em ações que propiciem atenção psicológica dirigidas àqueles com os quais encontra no hospital e dos quais recebe a confiança de um cuidado que os encaminhe a conduzir-se em seu destino<sup>34</sup>. Tal modalidade de atenção será específica e legitimada pelo psicólogo por meio do exercício de uma atitude clínica frente ao que lhe é demandado.

Morato<sup>35</sup> (2006) discute a diferença entre os termos pedido, queixa e demanda, a saber: pedido refere-se ao que o paciente intenciona, a um *querer* frente ao seu sofrimento; queixa diz respeito ao que é emergente e que o paciente *pode* se aproximar para poder agir; demanda define-se pelo que urge, o que se mostra, portanto, urgente, e que *precisa* de atenção e cuidado. Essa conceituação se mostra importante para se pensar a respeito do que o psicólogo irá se debruçar.

Diferentemente dos outros profissionais da equipe que ouvem para confirmar ou refutar hipóteses, diagnóstico e tratamento ou, muitas vezes, para ver o que há por trás, o

---

<sup>34</sup> A palavra destino deve ser entendida enquanto circunstâncias e experiências que conduzem o indivíduo a fazer escolhas.

<sup>35</sup> Autora orientada pela fenomenologia.

psicólogo não precisa *descobrir* nada, porque, para ele, interessa mesmo o que se mostra ali, no aqui e agora. Em vez de buscar o que está por trás, ele olha ao redor do que vê, sem descobrir, mas contextualizando e amplificando o que vê; vindo a conhecer e deixando que se apresente.

Ao clarificar a demanda do paciente, uma mudança de foco está sendo possibilitada. Trata-se de uma possibilidade de ampliação da consciência que a situação da crise oferece, especialmente, quando acolhida ao calor da lareira de Héstia. Uma mudança de perspectiva pode ser alcançada, inclusive, a partir do resgate de sentido para o sofrimento que, inicialmente, poderia estar velado sob uma queixa ou um pedido.

Desse modo, habitando esse lugar, o da escuta despresticiosa e atenta, o psicólogo permite que a demanda surja, cuidando para que ela aconteça se assim houver sentido e se possível o for, naquele momento. Pois, pode ser que esta não se apresente ali com ele; o que, não necessariamente, venha a significar uma escuta inábil. A ausência de demanda pode ser uma condição momentânea da pessoa ouvida, ou seja, ela pode não estar em condições, naquele momento, de vir a se esclarecer em sua necessidade de sentido.

Uma vez sendo a demanda esclarecida na relação entre aquele que fala e aquele que ouve, dentro do ambiente hospitalar, ela poderá ser dirigida pelo paciente tanto a um outro paciente com quem compartilha o momento e a experiência, quanto a um familiar que o acompanha ou a qualquer profissional da equipe, desde que, por qualquer um desses, a pessoa seja, de fato, ouvida.

Se o paciente está em atendimento com um médico, um nutricionista ou um assistente social, por exemplo, uma demanda poderá surgir de modo mais específico e direcionado – dentro do que a pertinência destas áreas possa oferecer –, diferentemente do que ocorre quando é um psicólogo que a recebe. Mas, em que difere a escuta do psicólogo da de todos os outros que acolhem a fala do paciente?

Para Jacoby (1987), quando um amigo, por exemplo, ouve o outro – no caso, o paciente –, pode dar conselhos, incentivá-lo ou até mesmo acolhê-lo. No entanto, para o autor, esse amigo o fará sempre baseado em suas próprias concepções e necessidades. O ponto base diferencial do psicólogo é trazer a presença da alteridade para o encontro, oferecendo ao paciente condições de refletir e delinear maior clareza sobre si próprio e sobre a situação na qual se encontra.

Pensar a diferença entre o psicólogo e os outros profissionais no hospital implica esclarecer a diferença que reflito entre Psicologia Hospitalar e Psicologia no Hospital. Pensar a primeira, uma denominação corrente na área da Psicologia dentro do campo das instituições hospitalares, implica, tal como os autores da área têm sugerido a partir de suas conceituações, atender aos pedidos, especialmente médicos, dentro de um espaço que é físico: o do hospital. O trabalho será, portanto, pautado num papel que se exerce pela resposta às queixas e pedidos que lhe chegam. Trata-se de uma posição e não de um lugar. Em contrapartida, pensar a Psicologia *no* Hospital abre e amplia uma possibilidade para a questão ética da Psicologia, enquanto uma área que oferece um lugar ao psicólogo, dentro da instituição hospitalar. O lugar do psicólogo será o de oferecer encaminhamento e cuidado às demandas, mesmo que os pedidos e queixas lhe sejam um meio de entrada. Mas, respondê-los não será o seu fim legítimo.

Para esclarecer ainda melhor esse raciocínio, proponho algumas outras considerações.

A atitude de atenção que cabe ao psicólogo também é esperada por parte de todos os outros profissionais da saúde. Portanto, não é este o ponto que o diferencia destes outros. Entretanto, a diferença estará presente naquilo a que essa atenção se dirige. Todos os outros profissionais dirigem sua atitude de atenção em resposta às queixas apresentadas pelo usuário, cuidando e fazendo *pelo* outro: o médico prescreve um remédio contra a dor; o assistente social fornece um vale-transporte àquele usuário pouco assistido financeiramente; a enfermeira troca o curativo – só para citar alguns exemplos, já que todos esses profissionais realizam muitas outras atividades tão importantes quanto estas citadas. E ao psicólogo? Será que a ele o que cabe é ser um profissional complementar ao que todos esses outros fazem?

Ao psicólogo, caberá dirigir sua atenção à demanda daquele que se coloca ou é colocado aos seus serviços. Devolvendo ao outro a tarefa do auto-cuidado, permitindo-lhe perceber-se como detentor de seu potencial de auto-cura.

Nessa linha de pensamento, a diferença estará, então, no *como* fazer, ou seja, na ação. Importante ressaltar que essa diferença que sugiro não significa que um ou outro profissional seja mais ou menos importante, nem que uma ação de um profissional seja melhor ou pior que a de outro. Mas, que, simplesmente, são diferentes. Essencial que assim o seja, pois é justamente nesta diferença que se sustenta o lugar que cabe a cada profissional e, em especial, cabe ao psicólogo no hospital e é isso que nos possibilita ocupá-lo.

Nós, psicólogos, não somos assistentes no hospital; temos o nosso próprio lugar. E este sempre esteve lá, à nossa espera para ser habitado. No entanto, habitá-lo não é tarefa simples nem fácil. Torna-se preciso enfrentar a estranheza e as frustrações daqueles que simplesmente querem seus pedidos ou queixas atendidos, sem nenhuma responsabilidade sobre isso. Implica, portanto, deslocar-se de uma posição que pode ser cômoda – como já discutido em outro momento – de responder aos pedidos.

***Panos quentes? Não. Com licença.***

*Enquanto coordenadora, aquela situação me impunha um posicionamento que poderia desencadear inúmeras conseqüências dali pra frente – tanto aquelas relacionadas a reações de descontentamentos por parte da instituição quanto outras referentes à afirmação do lugar que cabe à Psicologia na mesma. Escolhi me posicionar com base no meu maior princípio: o de fazer-se ocupar o lugar que pertence à Psicologia naquele hospital. Certa da legitimidade que me cabia, disse não. Não ao convite de acobertar o erro alheio e pôr panos quentes sobre uma possível reação – que, na verdade, seria completamente cabível – de revolta da família usuária da instituição.*

*Naquele dia, uma psicóloga da equipe foi solicitada a acompanhar uma notícia de óbito a um familiar. Procedimento comum em nossa prática. No entanto, a dúvida que a psicóloga trouxe em atender ao chamado veio porque o óbito havia ocorrido três dias antes e, somente naquele momento, e por ocasião de visita espontânea da família, a informação seria dada à mesma – que, por razões pessoais, estivera ausente no hospital naqueles últimos três dias. Além disso, a solicitação ao serviço psicológico veio pela equipe de Ouvidoria do hospital, e não da equipe técnica que acompanhava o caso – o que logo nos chamou a atenção, por não ser um procedimento comum. A justificativa para tal solicitação se deu em termos de se ajudar a lidar (entenda-se conter!) com as possíveis reações da família, mediante a demora da notícia de óbito. Após a psicóloga procurar-me para discutirmos a situação apresentada, assumi pessoalmente a negativa ao pedido, enquanto coordenadora. Dispus o serviço à família após esta ser informada do óbito. No entanto, neguei a participação da Psicologia para o momento da informação, tal como pretendida, pois a situação se mostrou destituída de ética e descabida de lugar para uma atuação psicológica, de fato.*

*Depois, eu soube que a notícia foi dada sem que a data do óbito fosse pronunciada.*

*Absurdo total!*

*O meu não foi necessário, mas, se deu acompanhado de uma explicação de sua origem para que o porquê de minha atitude ficasse claro. Foi preciso “pedir licença” para que a Psicologia se cumprisse apropriada e legitimamente. Um meio sutil para garantir que sua ética se fizesse presente. (Traduzindo-se: bom, queridos, cabe a vocês assumirem as devidas responsabilidades deste caso e, com licença, agora eu vou cumprir o trabalho que, de fato, me cabe: o de oferecer ausculta à dor da família, em vez de acobertá-la com panos quentes).*

Não responder exatamente aos pedidos, mas acolhê-los e encaminhá-los a um sentido, pode gerar frustrações, especialmente na equipe. Isso, porque, por exemplo, em vez de atender a um paciente conforme solicitação da equipe, tal como apresentada, abre-se a esta a possibilidade de pensar no que está sendo pedido; abre-lhe, portanto, possibilidade para sua apropriação da responsabilidade naquilo que se pede. Coloca-se à equipe, de acordo com este exemplo, a receber de volta sua dificuldade ou questionamento com o paciente, o que lhe possibilita ressoar-lhe em seu próprio trabalho. Esse movimento abre espaço para que a solicitação do psicólogo deixe de ser um simples transferir de dificuldades ou de isenção de responsabilidade para ser um trabalhar e refletir junto, cada um em seu devido lugar.

Desde que a postura do psicólogo seja a de acolhimento a essa demanda, de modo a recebê-la, como já foi dito, com atenção e disponibilidade para oferecer-lhe cuidado, inclusive, com o mínimo de pré-conceitos, essa demanda poderá ser esclarecida nessa relação de maneira que insira uma reflexão e questionamento de sentido; que possibilite ao outro algo que poderíamos simplesmente chamar de “uma parada para pensar” em si e no seu movimento e momento atual de vida, no caso do paciente, ou trabalho, no caso da equipe. Portanto, para o psicólogo que adota esse *lugar* não há pré-condição para a escuta, no que possa se referir a um enquadramento de assunto a ser abordado; sendo assim, sua escuta é, a priori, livre e descomprometida de intenções finalistas. Sua posição será, desse modo, a de se debruçar sobre a necessidade que o sujeito apresenta ali como sendo sua e urgente, naquele momento do encontro.

A maneira de ouvir a demanda do paciente é o ponto de diferenciação que se coloca o atendimento psicológico, especialmente, no hospital. O papel do psicólogo é promover a passagem do discurso oco – do qual se ouve o significado, mas não o sentido - para o discurso preenchido por vida e realidade (Amatuzzi, 2008). Seria oferecer um caminho de passagem do discurso sobre o qual simplesmente se profere palavras para um discurso colorido por significações e que busca ou expressa sentido(s). Sendo assim: “a tarefa do terapeuta é

favorecer à palavra que seja aquilo que nasceu para ser: um momento fugaz que nos abre os olhos para a realidade, e muda tudo.” (Amatuzzi, 2008, p. 69).

Em outros tipos de escuta, a palavra poderia correr como que perdida num labirinto, ou ceder ao vazio ou a um verbalizar, muitas vezes, por outros, retificado.

Ouvir realmente. Nós podemos ouvir, porque nosso aparelho auditivo está em ordem, mas não escutar, ou não ouvir realmente, quando não atravessamos os sons e não vamos até a alma da pessoa que nos fala, ou até seu coração. Ficamos nas palavras-vento... Ele não entendeu nada. O vento fechou seus olhos. (Amatuzzi, 2008, p. 69)

Desse modo, a verdadeira escuta é aquela que me coloca em relação com o que a pessoa está querendo expressar naquele momento, e não somente com o que ela me diz (Amatuzzi, 2008). Isso não quer dizer que as palavras escondem sentidos, pois não deve ser considerado que o psicólogo tenha que se colocar como aquele que irá desvendar o que quer que seja, como já foi dito. Mas, sua escuta, que é atenta ao simbólico, deve apreender além do significado imediato do que foi pelo outro verbalizado. Em termos junguianos, significa reconhecer as expressões do ego e do self, como por exemplo, prestar atenção ao que o paciente diz, assim como, às suas manifestações inconscientes, os sonhos, por exemplo.

Nesse aspecto, segundo Amatuzzi (2008), escutar o outro em profundidade pode ser comparado a entrar em sua casa. Quando adentramos em sua “morada pessoal”, entramos em contato com a pessoa, tal como ela se organiza e encara a vida. E, nesse sentido, essa *visita* nos coloca em contato com coisas que possa haver em comum com nossa própria morada e que pode nos provocar um questionamento pessoal.

De acordo com Amatuzzi (2008), dispor-se a escutar o outro implica lhe dar uma resposta. Essa resposta não precisa ser entendida, necessariamente, como um ato de responder a um pedido que nos é dirigido. O autor considera, antes de qualquer coisa, essa resposta enquanto um efeito em relação ao discurso ou à presença do outro que me afeta. Ele considera que a resposta não deva ser precipitada e, quando pacientemente aguardada, ela é espontaneamente mobilizada e pode abrir espaço para o que for possível surgir, correspondendo, assim, a uma resposta, de fato, e não a um simples efeito.

Parece possível entender essa resposta como um devolver ao outro sua própria responsabilidade sobre aquilo que ele me confiou em seu discurso. Ou seja, uma vez tendo acolhido sua dor, eu posso lhe ter possibilitado olhar para ela sem o peso antes sentido e, agora, recebê-la de volta com um olhar em condições de ser renovado e capaz de lhe dirigir um novo caminho de enfrentamento.



Importante ressaltar que essa posição do psicólogo não lhe concede um poder maior dentro da equipe (Guggenbühl-Craig, 2004). Simplesmente ele difere dos outros profissionais, em sua especificidade, como já destaquei anteriormente.

O objetivo do trabalho psicológico é de auxiliar o paciente a buscar uma maneira própria e mais satisfatória para si, muitas vezes, renovada, portanto, de vivenciar e assumir a vida. Isso, conseqüentemente, poderá repercutir em mudanças pessoais do paciente em sua maneira de se relacionar com as pessoas e as situações à sua volta (Jung, 1971/1990).

A parte doente não pode ser simplesmente eliminada, como se fosse um corpo estranho, se o risco de destruir ao mesmo tempo algo de essencial que deveria continuar vivo. Nossa tarefa não é de destruir, mas cercar de cuidados e alimentar o broto que quer crescer até tornar-se finalmente capaz de desempenhar o seu papel dentro da totalidade da alma. (Jung, 1971/1990, p. 10)

Jung (1971/1985) considerava que o psicólogo não deve ter objetivos muito precisos para que estes não se sobressaiam à natureza do próprio paciente, pois “cada qual tem sua forma de vida dentro de si” (p. 39, § 81). Desse modo, a função do psicólogo será de maior valia se ele se propuser a desenvolver os “germes criativos” existentes dentro de cada paciente, em vez de tratá-los (p. 39, § 82).

O seguinte preceito zen (sem autor, citado por Seibel, 2006) provoca uma reflexão sobre a postura de abertura do psicólogo ao outro e disponibilidade para a escuta como sendo pré-requisitos de um encontro psicológico qualificado, à medida que puder se destituir de tudo o que sabe para poder receber ao outro.

Nan-in, um mestre japonês, recebeu um professor universitário que o visitou para fazer perguntas sobre o zen. O professor estava cheio de idéias, e fazia muitas perguntas. Nan-in serviu o chá. Ele encheu completamente a xícara de seu visitante e depois continuou a servir mais chá nela. O professor observou o derramamento de chá até não poder mais se controlar.

- Já está derramando! Não cabe mais nada! - Falou o professor.

- Como esta xícara - disse Nan-in - Você está cheio de suas próprias opiniões e especulações. Como posso lhe mostrar o zen, se você não esvaziar sua xícara primeiro?

A postura clínica abordada neste estudo possui ressonância nos pressupostos de *setting* propostos por Jung, quando este escolhe se dispor frente a frente com o analisando, mantendo uma proximidade para conhecer aquela pessoa que se coloca à frente do analista. Assumindo, assim, inclusive, uma postura daquele que se dispõe a acompanhá-lo em seu processo de busca pessoal e auto-esclarecimento.

Nesse sentido, o psicólogo tem liberdade para se relacionar humanamente com o paciente sem se ater a uma técnica (Jacoby, 1987).

“O encontro de duas personalidades é como a mistura de duas substâncias químicas diferentes: no caso de se dar uma reação, ambas se transformam.” (Jung, 1971/1985, p. 68).

O que justifica a afirmação de que sempre as duas partes serão afetadas pelo encontro é o fato de que, no mesmo, estão envolvidas as esferas consciente e também inconsciente de cada indivíduo, não sendo possível a priori definir o que se obtém do encontro de seus elementos. E, mesmo que não haja uma reação no sentido físico/químico, o encontro por si só já é uma afetação, em termos de troca de afetos. E, ainda que seus efeitos não se mostrem prolongados, parecem ser importantes para a existência do encontro.

O paciente, muitas vezes, projeta no psicólogo a tarefa de curá-lo e livrá-lo do *mal* que o incomoda. Se o psicólogo ceder a esta proposta tentadora e responder a isso, deixando-se estar no pedestal do poder, estará promovendo o adormecimento de Quíron – já discutido anteriormente (Seibel, 2006).

O estado em que o paciente se encontra no momento do encontro psicológico em hospital, geralmente de confusão emocional, não raras vezes, não se dispara naquele momento, mas é decorrente de um processo iniciado anteriormente àquele encontro. Nesse sentido, é possível traçar um paralelo à fase da nigredo da alquimia, onde um obscuro estado inicial é resultado de uma operação anterior que não corresponde ao seu ponto de partida (Jung, 1971/1990).

Esse momento de caos e negrume que pode ser associado à situação de crise ou emergência que o paciente apresenta pode corresponder a uma confrontação, quando não uma aproximação, entre conteúdos conflitantes de sua vivência atual que mostram uma urgência de atenção e cuidado e que pedem um resgate de direção.

O processo psicoterápico de abordagem junguiana pode ser dividido em *fase de análise* – que corresponde a um reconhecimento de questões pessoais que apontam para a necessidade de cuidado - e *fase de síntese ou integração* – que seria o momento em que o pedido de auxílio se apresenta (Furigo, 2006).

A fase de análise é o momento do confronto com seus aspectos de sombra e persona. Também se refere, em psicoterapia, ao enquadramento do encontro analítico. A fase seguinte, geralmente, é mais prolongada que a primeira, pois corresponde à integração dos aspectos surgidos no momento anterior. Ambas as fases não acontecem linearmente e são atravessadas pelos estágios de catarse ou confissão, de elucidação, de educação, da transformação.

Freire (2004) entende como sendo possível alcançar, em situações de pronto atendimento, os três primeiros estágios.

Jung (1971/1985) dividiu o processo psicoterápico em quatro fases: confissão, esclarecimento, educação e transformação. Importante pensar esse processo dentro de um atendimento único no hospital.

Para um trabalho psicológico alicerçado na psicologia analítica, o que se busca é um favorecimento de que o paciente possa viver sua individuação de modo a experimentar suas potencialidades e encontrar sentido(s) renovado(s) para o seu momento de vida.

Considerando-se que a individuação é um processo que se realiza a cada instante da vida, sua passagem pelo hospital corresponde a um momento do processo. Sendo assim, possível se faz que a busca de sentido para a situação em que ele se encontra, e durante a qual a experiência no hospital se dá, seja a partir das sinalizações indicadas pelo próprio paciente. Assim, aspectos de sua personalidade, uma vez trazidos por ele mesmo, não deixarão de ser considerados.

A fase da confissão pode ser considerada no momento em que o paciente sinaliza sua angústia, queixa ou incômodo no que se refere a esse momento de trânsito pelo hospital.

A fase do esclarecimento refere-se à relação de transferência e que Jung afirma que deve ser esclarecida em momento oportuno. Na situação hospitalar, mostra-se complicado trabalhar essa segunda fase nesse sentido de esclarecimento da transferência, em termos das fantasias que o paciente projeta no psicólogo. No entanto, pode ser possível que essa fase seja pensada nesse contexto, não em termos de interpretação, mas de esclarecimento – utilizando-me a própria denominação proposta por Jung a esta fase – da demanda que o paciente deposita ao psicólogo, como numa espécie de devolução desta para ele, no mesmo sentido que se faz por meio da interpretação, porém, sem fazer o seu uso. Portanto, não será esclarecida a relação transferencial diretamente, mas, indiretamente, o será a partir do movimento de trabalhar com o paciente com o que ele apresenta de conteúdos dentro da situação no aqui e agora que ele vivenciou na relação com o psicólogo. Obviamente, existem conteúdos transferenciais embutidos nessa situação; no entanto, não parece ser oportuno trabalhar explicitamente isso com o paciente, pois essa questão trata de aspectos mais específicos e, na maioria das vezes, não cabe à situação de encontro psicológico no hospital, de acordo com minha experiência.

A terceira fase proposta por Jung é a de educação. Trata-se de um processo de discernimento que o psicólogo pode trabalhar junto com o paciente, no desenvolvimento de condições para encaminhar sua vida de um modo mais satisfatório para ele mesmo (Furigo,

2006). A partir dos dois pontos anteriores de confissão e esclarecimento o paciente tem maiores condições para caminhar, agora, já que teve contato com seus aspectos sombrios e maior discernimento para compreender suas formações. Caminhar, sendo capaz de reconhecer-se possuidor de aspectos sombrios, mas sabendo que pode aprender a conviver com eles de modo mais harmonioso. No entanto, no hospital, nem sempre esse reconhecimento será possível.

Jung (1971/1985) discute a questão de ajustamento social que essa fase parece sugerir. Para ele, o psicoterapeuta não deve se limitar em suas próprias concepções e, portanto, não caberá a ele dizer se o seu paciente deverá ou não encaminhar-se a uma normalidade ou ajustamento. Para alguns sujeitos, essa é uma meta esperada, pois se consideram abaixo da normalidade e o desejo de adaptação à maioria os enaltece. No entanto, para aqueles que já alcançaram uma vida social de acordo com a média, o desejo é o de extrapolar a isso e se diferenciar. Portanto, aqui podemos reforçar que o indivíduo deva se desenvolver para aquilo que ele é, de fato, no caminho do seu processo de individuação e que será particular para cada pessoa.

A etapa final, porém não definitiva, é a da transformação. Trata-se das transformações obtidas a partir do encontro entre duas personalidades que se influenciam mutuamente.

E, nesta fase, Jung (1971/1985) alerta o psicólogo para a importância dele também “estar em análise”, já que sua personalidade influi muito mais que suas palavras ou pensamentos sobre o paciente.

Assim como no vaso alquímico, aquilo que acontece no encontro analítico ocorre num espaço delimitado e protegido, onde o que se extrai é resultado na relação paciente-psicólogo. Esse momento pode promover um amadurecimento de questões subjetivas que esse processo específico do encontro pode favorecer, devido a postura do psicólogo metaforizada pelo vaso que acolhe e dá espaço, livre e protegido, para a operação acontecer.

Assim como os alquimistas lidavam com o fogo e o manipulavam de acordo com a necessidade de cada operação, também o psicólogo deve oferecer o calor adequado para cada outro que o encontra.

O fogo é um elemento que age e facilita a transformação de elementos. Além disso, associado ao forno na metáfora já mencionada para o encontro psicológico, o fogo gera calor. Vejo um paralelo entre os templos de incubação, aos quais os gregos antigos recorriam para a cura de doenças ou resolução de problemas, e o forno como ambiente propício, porque

fechado e delimitado para a ação do calor se dar (Freitas, 1987). O templo da incubação pode ser relacionado ao *temenos*, um lugar sagrado no Olimpo que propiciava o processo de transformação pessoal.

De acordo com uma concepção pautada em Jung, o trabalho psicológico se realiza, especialmente, através de imagens e símbolos que transmutam, conduzem e concretizam energias (Perrot, 1998). Os sonhos são um exemplo de expressão simbólica. No entanto, a partir de minha experiência, no hospital, as expressões oníricas não são espontâneas e frequentemente manifestas pelos usuários. Talvez, isso se deva a uma forma mais verbal – catarse, por exemplo - e física – como o choro e a inquietação, por exemplo – da urgência psicológica se manifestar naquele contexto. Quando os sonhos são mencionados, geralmente, por serem solicitados, via de regra, apresentam conteúdos e contexto relacionados às angústias e expectativas que estão sendo vivenciadas na situação de hospitalização. São comuns sonhos relacionados a exames realizados, a retornos ao ambiente doméstico, a refeições cujos alimentos são proibidos no período de dieta hospitalar, etc. “Para Jung, o sonho é um produto natural como a árvore e a flor; traduz o estado do inconsciente em dado momento.” (Perrot, 1998, p.39).

Uma vez que não seja pensada como resultados e sim como processo, a transformação pode também se presentificar em atendimentos únicos. Afinal, nunca saímos de um encontro da mesma maneira de como nele entramos. Continuando a metaforizar a partir da alquimia, é possível dizer que o paciente sempre leva algo consigo a partir do encontro com o psicólogo.

### *Gavetas da memória*

*Interessante pensar o momento de encerramento do atendimento com cada paciente. Tenho perguntado a alguns deles “como lhe ficou o que conversamos”. Esse momento sempre me traz um desenho que me sugere o que, realmente, ficou para ele; o que ele leva consigo daquele encontro. Sempre “fica” alguma coisa para o paciente. Mesmo que não alcancemos a compreensão e a percepção do que seja.*

*Para mim, é como uma lembrança que a gente leva de uma viagem. Algumas sensações, sentimentos, recordações, fotografias, sempre poderão ser acessadas; estarão sempre guardadas em alguma gaveta da memória. Outras nos acompanharão com as gavetas sempre abertas. E, ainda, haverá aquelas que apenas, mas não menos importantes, servirão para compor a viagem; e que deixamos no lugar de passagem. Mas, nenhuma pode ser perdida. Apenas ficaram, não foram levadas. Poderão ser esquecidas, mas no momento necessário, tiveram sua função: no mínimo, compuseram a viagem.*

Parece acontecer tal como o espírito que da matéria processada se produz – o *corpus subtilis* –, volatizando a densidade antes contida na matéria e que agora se liberta, presentificando-se em forma de sonhos, imagens, fantasias (Wentz, 2001), sentimentos ou sensações.

Amatuzzi (2008) desenvolve uma discussão acerca de processo terapêutico que muito se aproxima da concepção junguiana. Para ele, o processo terapêutico pode acontecer em nível pessoal ou relacional. Para que possamos afirmar que o paciente entrou em processo em nível pessoal, é preciso que seja entendido que ele tenha iniciado um movimento de degelo para algo que o estagnava e que, agora, o mobiliza para um crescimento pessoal e uma mudança em sua maneira de se relacionar com o problema, consigo mesmo e com o mundo à sua volta.

Nesta visão, pode ser que um processo psicológico não alcance um processo pessoal para o paciente. Isso, porque é preciso que aspectos internos do paciente sejam tocados e mobilizados de uma maneira autônoma para seu caminho de transformação. O processo terapêutico pode ser considerado um processo em termos da relação terapêutica que se estabelece no encontro psicológico; no entanto, isso pode não abarcar o nível pessoal de mudanças na vida do indivíduo.

Nesse sentido, também é possível afirmar que não acontece processo pessoal apenas em situação de psicoterapia. As próprias experiências da vida desencadeiam esse tipo de processo (Amatuzzi, 2008).

Transformações, aqui, estão sendo entendidas como qualquer situação que mobiliza o indivíduo para um olhar e modo de relação que escapa do que lhe é habitual e que lhe possibilita, portanto, um enfrentar renovado ou diferenciado de sua experiência.

Segundo Amatuzzi (2008), a própria vida pode deixar de ser um processo pessoal para se tornar apenas um processo relacional. Isso, considerando-se que o indivíduo possa experimentar os desafios de maneira que não se permita fazer escolhas ou autodeterminar seus caminhos. Pelo contrário, quando o indivíduo se apropria dos desafios como sendo possibilidades de reflexões e de (re)direcionamentos assumidos, isso pode lhe provocar situações consideradas como crise que o encaminham a transformações pessoais consideráveis. Sua maneira de viver e de considerar as experiências se mostra refletida.

A psicoterapia ou o encontro psicológico, este em termos de brevidade temporal, pode ser considerado como um espaço que possibilita e potencializa um refletir compartilhado

sobre recursos pessoais que possam ser resgatados, clarificados e assumidos em nível de processo pessoal pelo paciente. No entanto, atingir esse nível somente será possível a depender da atitude que o psicólogo adota e da disponibilidade do paciente para esse tipo de trabalho.

Para Jung (1971/1985), a pessoa do psicólogo é o seu próprio instrumento de trabalho. “Todo psicoterapeuta não só tem o seu método: ele próprio *é esse método*. (Jung 1971/1985, p. 84, § 198, itálicos do autor). Ele afirma que sua personalidade é “o grande fator de cura, na psicoterapia” (p. 85, § 198). Claro que a cura não se dá, por si só, com a presença do psicoterapeuta ou a entrada do paciente em terapia. A pessoa do psicólogo é o seu próprio instrumento, como diz Jung, aquilo que o possibilita a realizar sua tarefa. Porém, ele não trabalha sozinho. O trabalho é como um processo alquímico, que se dá entre diferentes componentes para se chegar a um terceiro elemento. Esse terceiro elemento, ou a cura chamada por Jung, sendo aqui entendida como o material obtido do encontro entre paciente e psicólogo. Material, este, nem sempre perceptível a ambos no momento do encontro, mas creio que todo encontro produz algo em cada um dos envolvidos.

Contudo, uma leitura importante a ser feita para o valor que Jung atribui à personalidade do psicólogo no processo de trabalho se encaminha no sentido de que o encontro do paciente com o terapeuta, psicólogo, analista – não importa agora o nome que dermos à essa figura, mas, sim, à sua postura enquanto tal – será diferente do seu encontro com um amigo, familiar, com o médico ou o assistente social, ou qualquer outra pessoa. Com isso, não devemos restringir à figura do psicólogo o poder, mas atribuir propriedade à qualidade do encontro com o mesmo.

Um encontro terapêutico pode se dar com qualquer outra pessoa que não seja um psicólogo ou profissional da área. Jung (1971/1985) considerava que qualquer pessoa poderia promover um efeito terapêutico, seja benzedor, sacerdote ou qualquer outra figura que se preste a tal função.

No entanto, cabe ao psicólogo desenvolver a particularidade de sua tarefa, pela sua especificidade. Claro que, para tanto, é preciso que ele tenha clareza a respeito dela e a reconheça. O reconhecimento e a clareza de que sua personalidade é o instrumento mais valioso de seu trabalho, tal como o psicólogo de orientação junguiana admite, já o coloca numa postura que provoca uma diferença no seu encontro com o paciente, em aspectos que se

diferem dos outros encontros com efeitos também terapêuticos, e não menos importantes – mas que se prestam, no entanto, a objetivos, geralmente, diferentes.

E Jung (1971/1985) afirma que a personalidade do psicólogo enquanto tal não se dá “a priori”, pois se desenvolve e, segundo ele, “conquista-se com muito esforço” (p. 85, § 198). Para ele, as teorias são caminhos para o desenvolvimento profissional do psicólogo, no entanto, não deve ser carregada como um dogma, pois a psique não pode ser compreendida ou alcançada por uma única teoria.

Sendo assim, a experiência e a personalidade do psicólogo possui valoração anterior à sua técnica e ao seu saber teórico e científico – o que não implica descartar a importância imprescindível destes. Jung acreditava que a *cura* aconteceria pelo que o psicólogo é enquanto ser e não pelo que ele conhece teoricamente (Perrot, 1998).

Independentemente da teoria ou metodologia de trabalho adotadas pelo psicólogo, o paciente deve ser auscultado na sua singularidade. Excluir essa possibilidade implicaria agir a partir do Complexo de Procusto (DeMarco, 1995).

Procusto é o apelido dado a um bandido chamado Damastes ou Polipêmon que violentava viajantes, prendendo-os ao uma cama de ferro e os mutilava nas seguintes condições: no caso da cama ser maior que o viajante, esticava-o grosseiramente; e, se o viajante fosse maior que o leito, seus pés eram cortados. Esse mito, conhecido como o Leito de Procusto, alude a mutilações de situações ou experiências ao enquadrá-las às medidas e perspectivas de um único ponto de vista (DeMarco, 2003b).

Nesse sentido, também é possível refletir sobre a despersonalização que a pessoa sofre ao ser tratada no hospital, deixando de ser ela mesma para ser vista como um fêmur quebrado ou uma apendicite aguda ou um número de leito. Jung (1971/1985) já se preocupou em nos alertar para isso, dizendo que “não era essa determinada neurose, mas aquela determinada pessoa que estava precisando exatamente daquele tratamento, por absurdo que nos pudesse parecer” (p. 85, § 199). Com um alerta humilde, Jung nos chacoalha para pensarmos sobre o quanto uma teoria ou uma forma de trabalho não necessariamente serve a outra pessoa e, mesmo se o servir, será num outro contexto, com uma outra determinada pessoa numa outra determinada situação clínica.

Essa reflexão reforça o conceito de individuação de Jung, pois, tratando o indivíduo e não a doença, está se trabalhando em prol do desenvolvimento pessoal do sujeito. Impossível



deixar de trazer aqui as palavras do próprio Jung (1971/1985) a esse respeito que, além de soarem poéticas, refletem um norte de trabalho:

Tudo quando começa, sempre começa pequeno. Não nos deixemos abater pelo laborioso trabalho executado discreta, mas conscienciosamente, com cada pessoa em particular... E, na medida em que estamos convencidos de que o portador de vida é o indivíduo, se conseguirmos que pelo menos uma única árvore dê frutos, ainda que mil outras permaneçam estéreis, já teremos prestado um serviço ao sentido da vida. Mas, quem tiver a pretensão de fazer prosperar até o último grau tudo quanto deseja crescer, vai verificar que as ervas daninhas, que sempre vingam melhor, logo lhe crescerão por cima da cabeça. A meu ver, a tarefa mais nobre da psicoterapia no presente momento é continuar firmemente a serviço do desenvolvimento do indivíduo. Procedendo desta forma, o nosso esforço estará acompanhando a tendência da natureza... pois o sentido da vida só se cumpre no indivíduo, não no pássaro empoleirado dentro de uma gaiola dourada. (p. 104 e 105, § 229)

Mesmo nos encontros que são únicos, no hospital, ter o desenvolvimento do indivíduo, enquanto um desabrochar de algo que lhe é próprio e que pede passagem naquele momento, como um princípio de trabalho, permite pensar com mais leveza o trabalho tão difícil, pelas inúmeras questões já apontadas, que é o do psicólogo no hospital. Trabalhar o esclarecimento da demanda que o paciente apresenta no momento do atendimento, a partir do que lhe é possível, é uma maneira de colocar esse princípio em prática.

E, se a árvore dará ou não frutos, não depende mesmo do psicólogo. Mas, sabemos que, se o terreno é cultivado de modo apropriado e a semente é plantada com os cuidados necessários a ela (lembrando, ainda, que cada uma necessita de um cuidado particular), isso cumpre uma parte do trabalho que possibilita que o seu desenvolver seja mais favorável. No entanto, a outra parte para que isso aconteça cabe à sua própria natureza e a do resto do ambiente à sua volta. Não devemos nos esquecer que o psicólogo não faz parte do habitat natural da semente que cultivou.

***De que vale um momento de cuidado em meio a um fosso de abismo?***

*Frustração. São nessas horas que me vêm de volta aquelas questões. Para que serve meu trabalho? De que vale tudo isso que leio e escrevo sobre a importância do momento do atendimento, se na hora "h" sinto tudo isso inacessível? Qual minha contribuição em meio ao pouco que se pode fazer no hospital?*

*Hoje, uma residente de medicina veio me contar, eufórica, que a criança que acompanhamos num outra dia, aquela que dissimulava dores nas pernas e mancava sem nada ser detectado nos exames, reinternara. E, dessa vez, na psiquiatria, com um surto que a levou à tentativa de suicídio. Fiquei muito tocada ao saber, enquanto me parecia que a residente brindava ao constatar que aquela paciente, realmente, não batia bem da caixa. O que parecia lhe justificar o fato de ter se sentido enganada na outra internação.*

*Senti-me decepcionada comigo mesma, por perceber que meu atendimento único, ao qual tanto invisto significância, não deu conta de que o pedido de socorro daquela criança fosse ouvido a ponto de que ela pudesse mesmo ser cuidada, a ponto de não ter chegado à situação que agora chegou.*

*Um caso que me deixou profundamente triste. E frustrada.*

*Muitas vezes, o alcance de meu trabalho é quase imperceptível. É preciso respirar fundo e ir em frente para não me deixar abater com frustrações desse tipo.*

Esta narrativa exprime um pouco dos sentimentos que surgem em situações onde o resultado de um trabalho feito com tanto esmero não alcança resultados visíveis ou imediatos – o que em hospital, é quase impossível para o psicólogo.

Mas, após o acalmar das emoções, após Expressar-me em meu diário de bordo sobre esse caso e após discussão do mesmo em trabalho de supervisão, eu pude pensar melhor a situação e encará-la de uma outra forma. Não para aplacar simplesmente minha frustração, mas para tentar visualizar o alcance de meu trabalho.

Pude, então, pensar alguns pontos que considere importantes, a saber: 1) momentos onde eu poderia ter trabalhado de modo diferente a responsabilização da paciente sobre seu movimento psicológico, o que redimensionaria a responsabilidade que cabe à família e aquela que cabe à paciente; 2) importância de se discutir com a médica envolvida no caso sobre suas percepções e como utilizá-las em seu próprio trabalho, devolvendo-lhe, também, as responsabilidades que poderiam lhe ser devidas e ampliando suas possibilidades de atuação; 3) necessidade de redimensionar os limites e possibilidades do meu próprio trabalho, já que ele não deve garantir e não pode ser responsável, por si só, pela eficácia do desenvolvimento de um caso. Nesses pontos, a discussão sobre Eros e Poder abordada também no capítulo “6.1 A prática psicológica no hospital” e, anteriormente, no presente capítulo pode ampliar reflexões.

Não posso, inclusive, deixar de reconhecer a importância de meu trabalho no momento em que acompanhei aquela criança na internação anterior. Parece-me bastante tênue a diferença entre ser responsável pelo que levo para o encontro psicológico e devolver ao outro a responsabilidade do que ele fará daquilo que ele leva consigo do mesmo. E, entre um momento e outro, existe uma espécie de trabalho alquímico, quando não há responsáveis, mas envolvidos num processo que parece ser impossível definir e diferenciar onde começa a responsabilidade de um e onde termina a do outro, pois as duas psiques se *en-con-tram*. Essa

divisão silábica é aqui proposital, inserindo-se uma reflexão de que ambas estão “em” um processo, um “com” o outro, de “tra”(nsformação); como numa reação química dentro do vaso alquímico, onde os elementos se juntam em um lugar determinado e protegido e sairão dali, ambos, transmutados, de alguma forma, pelo outro elemento.

### *6.3 Refletindo sobre o lugar do psicólogo dentro da equipe*

Entendo que seja muito importante e pertinente que cada especialidade dentro de uma equipe, esteja ela inserida num hospital ou em qualquer outra instituição de saúde, tenha clareza de seu papel e função dentro da mesma e na especificidade de sua atuação. Não se trata de trabalhar cada um por si só e/ou subdividir cartesianamente e cada vez mais o indivíduo que se apresenta como cliente. Mas, de, suficientemente, desenvolver e articular competências e habilidades (Spink, 2007b) para um trabalho circular. Penso o estabelecimento de um trabalho circular no sentido de que o mesmo se dará num encontro de partes, cabendo uma a cada membro da equipe, que lhe é – e somente assim pode ser – complementar e efetiva. Esse trabalho circular visa, assim, a integração multiprofissional, em termos de transdisciplinaridade.

Spink (2007b) ressalta a importância de se focar o conhecimento, quando se fala em competências específicas, na perspectiva do saber-fazer. A autora apresenta uma discussão relevante para a presente, quando destaca que integrar diferentes saberes não significa equalizar nem subjugar as diferenças a uma verdade. Valorizar essa perspectiva do saber-fazer implica a sutil, porém efetiva, diferença de qualidade entre o trabalho multidisciplinar e o transdisciplinar.

Apesar de não ter como proposta a definição dos diferentes tipos de trabalho em equipe, considero importante mencionar a distinção entre as equipes chamadas de multidisciplinares e as interdisciplinares.

Equipe multidisciplinar é aquela que envolve profissionais de diferentes categorias, que trabalham diferentes objetivos com o mesmo objeto, que se comunicam, mas não integram seus diferentes pontos de vista (Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004). A

equipe interdisciplinar, por sua vez, abarca diferentes categorias profissionais, de modo que todas pratiquem ações integradas sem que cada uma perca sua identidade e especificidade (Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004).

Peduzzi<sup>36</sup> (1998) destaca que o trabalho em equipe multiprofissional deve considerar a articulação das ações – de modo que se preserve as especificidades e diferenças técnicas - e a interação dos profissionais – que potencializam as ações.

Bruscato, Kitayama, Fregonese e David (2004) reconhecem dificuldades no trabalho dentro de uma equipe multiprofissional. Para as autoras, as equipes, muitas vezes, demonstram uma falta de clareza sobre o papel e possibilidades reais da atuação do psicólogo. As mesmas exemplificam a afirmação considerando que, muitas vezes, o psicólogo é solicitado, porém, seu trabalho não é inserido na decisão final da equipe.

Ainda existe pouco entendimento e bastante confusão por parte dos diferentes profissionais da equipe sobre a atuação do psicólogo no hospital e com relação ao que esperam e solicitam do trabalho psicológico nesse contexto.

### *No meio do fogo cruzado*

*De repente, ouvi uma gritaria vinda do corredor. Logo vi que era uma mãe que brigava com alguém da equipe. Respirei fundo para decidir se eu deveria, se me cabia ir até lá e ver o que estava acontecendo e oferecer alguma intervenção. Mas, antes que eu terminasse de respirar, vieram procurar alguém em minha sala (a impressão que me deu é que serviria qualquer um: o psicólogo ou o assistente social), a qual é compartilhada por Psicologia e Serviço Social. E lá estava eu. Não tive nem tempo para pensar. Pegaram-me quase que pelos pulsos e me levaram para alguns passos dali. De um lado, uma enfermeira sendo segurada pelos braços, como que quisessem impedi-la de qualquer lapso de agressividade; de outro, uma mãe sendo retirada com firmeza por alguém da equipe para fora da sala de medicação. E entre os dois lados, uma platéia de acompanhantes e pacientes que também foi logo convidada a voltar para seus quartos. Quando cheguei, pus-me a ouvir a enfermeira que ali estava. Após ouvi-la, mencionei que após os ânimos serem baixados, eu iria oferecer uma conversa com a mãe que a agrediu. Logo, a enfermeira me pediu que eu não o fizesse, justificando que eu não iria mudar o comportamento desta porque a mesma age de modo arredo em todas as reincidências de*

<sup>36</sup> Autor orientado na área da saúde.

*internações. E expliquei que minha proposta de trabalho jamais tem como objetivo mudar as pessoas, mas de ouvi-las e, assim, auxiliá-las a entender, a pensar e a encaminhar as dificuldades da situação.*

*Assim o fiz, algumas horas mais tarde. E, como eu já esperava, a versão dada por aquela mãe ao ocorrido era contraditória à que eu havia ouvido da enfermeira. Internamente, recusei-me a me colocar no meio do fogo cruzado. Mas, as dúvidas me vieram sobre qual poderia ser meu trabalho naquela situação na qual eu já havia sido envolvida. Propus-me, simplesmente, a ouvir cada uma das partes. Infelizmente, não avancei nisso.*

A narrativa acima é referente a um período em minha trajetória de trabalho onde eu ainda experimentava falta de clareza de qual poderia ser a função e o papel do psicólogo em situações de conflito entre paciente e equipe. Meu desconforto sentido ao atender àquele chamado talvez tenha sido reforçado a partir do momento em que eu não fui clara na oferta de auxílio à enfermeira agredida. O meu modo de fazê-lo abriu brechas para que ela própria me alertasse para o que não me cabia – convencer a mãe do paciente sobre qualquer coisa – e, apesar de não ter sido este meu propósito, o fato de não ter deixado claro a serviço de que eu estava ali deu abertura para incompreensões de meu trabalho. Apesar de tentar explicar minha proposta de trabalho à enfermeira que havia sido agredida, eu mesma não tinha clareza de meu objetivo em oferecer uma escuta a ela e à outra pessoa envolvida. E, naquela circunstância, percebo que não pude clarificar o suficiente como eu poderia atender àquele chamado.

A partir do que penso hoje, uma maneira possível para manejar a situação referida nesta narrativa não começaria de modo muito diferente do que eu me propus naquele momento: ouvir a cada uma das partes que manifestavam, antes de qualquer coisa, necessidade de atenção. Porém, a cada uma eu deveria explicitar, clara e objetivamente, a proposta de minha presença naquele momento oferecendo-lhes escuta e possibilidade de pensarmos juntas o manejo do mesmo. E, a partir da demanda apresentada por cada uma das partes, e só a depender disto, eu poderia me propor um segundo momento de atuação. A propósito, na situação desta narrativa, o pedido psicológico implícito pela enfermeira era o de ter sua versão da situação ouvida e compreendida – conforme conversa realizada com ela na respectiva situação; porém sua necessidade subtendida era de poder refletir e obter segurança sobre uma maneira renovada para enfrentar uma situação como aquela – ser ameaçada de agressão e/ou ser agredida por um familiar que não concordava com o procedimento de

enfermagem para o paciente. Quanto a este último aspecto, dependeria dela própria o clarificar dessa necessidade, compartilhando-o em minha presença ou não, para que pudesse ampliar possibilidades de seu encaminhamento para o enfrentamento disto.

A narrativa a seguir, referente a um momento posterior e mais amadurecido em minha prática clínica, ilustra uma atitude psicológica com abertura de nova possibilidade de atuação para lidar com situações deste tipo, muito comuns na instituição que serve de cenário para o presente trabalho.

### *Cuidando de “entres” feridos*

*“Olha, tem uma mãezinha que está resistente em aceitar qualquer procedimento da enfermagem. Eu acabei discutindo com ela e ela não quer nem me ver à sua frente. Se você puder conversar com ela, depois...”. De repente, apareceu-me uma enfermeira, ansiosa e nervosa, que me apresentou esta fala reticente, porém, portadora de um pedido de ajuda para lidar com a mãe de uma criança que estava já há um mês internada. Segundo a própria enfermeira, esta mãe já estava estressada em permanecer como acompanhante da criança sem constatar sua melhora. E, num procedimento clínico, em que várias tentativas de puncionar a veia da criança estavam sendo frustradas – já que a enfermagem estava encontrando dificuldades físicas na criança para tanto –, a mãe reagiu com exasperação, recusando-se a permitir novos procedimentos deste tipo. Ouvi o pedido da enfermeira e, – após dizer-lhe que não me caberia convencer aquela mãe sobre o procedimento, mas que eu poderia ouvir também a esta para pensarmos juntas em possibilidades de encaminhamento da situação – logo depois, ofereci escuta àquela mãe, que se mostrou desconfiada de minha atitude; pouco falou espontaneamente, mas explicitou sua insatisfação com a evolução clínica da criança e uma desconfiança por pensar que a equipe pudesse ser incapaz de curar sua filha, apesar de estar ciente e se dizer entendedor de cada procedimento ao qual a sua filha estava sendo submetida. Após um atendimento de escuta sobre os anseios e aflições da mãe, com reflexões a respeito do estado clínico da criança e da necessidade do procedimento, a mãe passou a dizer que o aceitava, desde que outra enfermeira o fizesse. Depois, voltei a conversar com a enfermeira, pondo-me a escutar também aos anseios desta e, inclusive, colocando-a a par de uma compreensão psicológica do estado emocional da mãe daquela criança. A enfermeira disse compreender a situação da mãe, mas parecia não se conformar com o fato de que seu trabalho fosse recusado. Inclusive, não admitia que outra o fizesse em seu lugar, como se assinasse, assim, um atestado de incompetência. Disse-me já ter*

*explicado à mãe sobre a necessidade do procedimento, no entanto, ficou claro para mim que a referida conversa havia sido palco de irritação e falta de empatia mútuas. Sugerilhe que se dispusesse a novamente conversar com a mãe, numa postura de compreensão e empatia e que pudesse explicar-lhe sobre a necessidade do procedimento, com possibilidades de, inclusive, ouvir e clarear e/ou argumentar mediante as contestações da mãe. Finalmente, à enfermeira, ofereci-lhe minha presença para auxiliá-la na sua conversa com a mãe e vice-versa. E, à mãe, ofereci minha escuta para momentos em que quisesse compartilhar situações angustiantes ou, até mesmo, aquelas restauradoras do sentido da internação, bem como pensar sobre possibilidades de enfrentar incômodos ou dificuldades decorrentes. A enfermeira não atendeu à minha sugestão e o procedimento acabou sendo postergado para uma enfermeira de outro plantão fazê-lo. E a mãe passou a me procurar para conversas, inclusive, informais – como mostrar-me a criança com laço na cabeça, ou os fuxicos que começou a fazer na brinquedoteca – durante o período da internação que se estendeu para mais dois meses.*

Na situação narrada, minha atitude se mostrou mais clara e objetiva, a priori, para mim mesma. Somente assim, pôde ser possível um trabalho num espaço que se mostra *entre* a equipe de enfermagem e a família do paciente. Cuidar do *entre*, este espaço ferido, que afasta e bloqueia a relação entre o paciente e/ou seu familiar e a equipe, é uma tarefa delicada e que exige certeza, tato e cautela com o que é possível fazer – neste sentido, como no trabalho de um cirurgião. Inclusive, um trabalho que só se realiza a partir dos acontecimentos que se desencadeiam ali no momento, como no trabalho de um taxista, que possui de antemão todo o conhecimento que o habilita a conduzir um automóvel, no entanto, será a partir das condições climáticas, das possibilidades e limites relacionais com cada passageiro, dos roteiros que cada cliente lhe apresenta, das condições do trânsito e de seu automóvel é que ele poderá realizar seu roteiro de trabalho, e, inclusive, diferentemente e a depender de cada dia e de cada novo trajeto.

Depois de alguns anos trabalhando nesta mesma equipe – na enfermaria pediátrica –, percebo que o objetivo subliminar, especialmente da enfermagem, em solicitar a intervenção psicológica – não necessariamente selecionada, pois o assistente social também é solicitado para estas situações, sem diferenciação de pedido – frente a conflitos entre equipe e paciente ou seu familiar, revela-se como um desejo de auto-afirmação e de receber ajuda e compreensão por não saber como atuar em situações que fogem do contexto estritamente técnico de sua prática profissional, devido a sentimentos de impotência que se explicitam

frente aos relacionamentos – para os quais não foram treinados a lidar. Um pedido para que se convença o paciente/familiar a aceitar o procedimento necessário – que também se mostra quase explícito –, por sua vez, também parece estar relacionado com uma dificuldade em lidar com as relações implicadas nos procedimentos para os quais – e, muito possivelmente, somente aos quais – foram tecnicamente treinados.

Permanecer sem uma clareza e definição de seu lugar entre a equipe reforça e amplifica a confusão e falta de entendimento também por parte da equipe com relação à figura do psicólogo.

Existem percepções por parte de psicólogos de que seus pontos de vista, muitas vezes, não são aceitos pela equipe (Tonetto & Gomes<sup>37</sup>, 2007). No entanto, além do trabalho do psicólogo mostrar-se como sendo o mais “obscuro” dentro da equipe – segundo pesquisa realizada por Saar e Trevisan<sup>38</sup> (2007) –, sua relevância, geralmente, não é clarificada junto à mesma (Tonetto & Gomes, 2007). O psicólogo, muitas vezes, possui uma “postura vacilante” (Levy et al. al., p. 05, 2002), com dificuldades de apresentar, discutir e articular seus pontos de vista.

Discussões como estas demonstram que o psicólogo não revela segurança e clareza para construir e explorar a persona, especialmente, sem que precise ceder plenamente às expectativas coletivas. Inclusive, para que consiga vestir e revelar uma persona mais madura e consciente de seu legítimo propósito no trabalho em hospital, assumindo as responsabilidades e implicações disso.

Persona é um termo latino que significa máscara e, na antiguidade, dizia respeito aos artefatos expressivos que os atores usavam no rosto em peças teatrais ritualísticas. Jung utiliza o termo referindo-se aos nossos papéis, desempenhados nas relações com o mundo; trata-se de “expressões do impulso arquetípico para uma adaptação à realidade externa e a coletividade” (Whitmont, 1998, p. 140).

A persona carrega aspectos da individualidade da pessoa. Portanto, no hospital, além da particularidade de cada profissional da Psicologia, a persona do psicólogo expressará um modo de exercer a Psicologia a partir de uma ética e uma postura, bem como atitude, escolhidas para tanto.

---

<sup>37</sup> Autores da Psicologia orientados na área da saúde.

<sup>38</sup> Autores orientados na área da saúde.



Parece importante e proveitoso nos remeter à metáfora que as máscaras carregam, levando-as para o contexto hospitalar.

A máscara, que não necessariamente se trata de um objeto material,

é um instrumento de proteção e de metamorfose.... O objeto em si não é nada, só conta o poder mágico do herói mítico, do ancestral ou do espírito que a máscara encarna. O manejo dessa força, que ali reside efetivamente ou apenas encontra suporte, é feito por um exercício geralmente perigoso: mudar de forma, despojar-se da própria personalidade para adquirir uma nova, etc. (Freitas, 1995, p. 96)

Para o psicólogo ocupar seu lugar no hospital, lançar mão de uma máscara que lhe seja para isso pertinente implica o fundamento de seu trabalho. Essa máscara lhe possibilitará despojar-se de aspectos pessoais, como preconceitos, por exemplo, para esculpir uma nova maneira de se colocar no mundo, dentro do self institucional no qual se encontra. Nas palavras de Freitas (1995, p. 104) “a máscara tem uma natureza dialética. Ela não esconde, pois é desvelamento. Ela mostra, expõe, mais do que dissimula.”. Além disso, a autora ainda define (p. 104) que “o portador toma consciência de seu duplo... ele cria um outro ele mesmo, graças à máscara que lhe permite ultrapassar-se.... Em si, o objeto máscara não é nada; quando usado, ele multiplica a força de quem representa.”.

E, nesse self institucional, sua máscara profissional, sua persona, deverá ser criativa para que esteja a serviço de seu trabalho no hospital. Em posse dela, poderá “mudar de rosto” quando a circunstância assim o solicitar (Freitas, 1995, p. 97), ou trocar de roupagens quando preciso o for.

Isso significa que, assumindo uma atitude clínica que o seu lugar lhe confere, o psicólogo poderá encontrar maneiras as mais diversas e flexíveis, dentro do que se mostrar necessário, para remeter o respeito e o lugar que cabe à Psicologia no hospital. Isso, será possível, por exemplo, no modo de se dirigir e se posicionar em situações em que se deparar com questões hierárquicas e/ou multiprofissionais.

Necessariamente, a máscara, a persona criativa, deve ser assumida e apropriada pelo psicólogo que escolhe ocupar o lugar que lhe é próprio no hospital. “O segredo da máscara é: dentro dela tornamo-nos aquilo que mostramos” (Freitas, 1995, p. 105). A apropriação dessa persona é que lhe confere propriedade e legitimidade em suas atitudes para assumir posicionamentos, discursos e papéis coerentes ao seu lugar. Isso significa apropriar-se de uma atitude escolhida, em vez de simplesmente aceitar exercer um papel ou função. Portanto, “fazer a própria máscara é diferente, pois o espírito convidado para a posse vem de dentro de quem a esculpe” (Freitas, 1995, p. 101).

Assim como o Clown<sup>39</sup>, estar personificado de sua máscara possibilita ao psicólogo transitar entre diferentes mundos, pois ela preserva sua integridade e lhe reveste de atributos que o autorizam em suas ações, olhares e palavras. Nesse tocante, mostra-se interessante emprestar a idéia de Freitas (1995) de que na antiguidade ou mesmo atualmente em determinadas culturas, “às máscaras era atribuída uma existência pessoal... Durante sua permanência entre os homens, a máscara é tratada como um hóspede; não como um objeto, mas uma pessoa.” (p. 98). Isso, nos leva a compreender e ressaltar o sentido da persona criativa do psicólogo no hospital como uma maneira de ser e estar no self institucional e, portanto, *entre* as outras *personas* – considerando equipe, família e paciente – que dele fazem parte e nele interagem. Ou seja, entendendo a persona como um hóspede, torna-se possível compreendê-la como uma personificação, tal como um espírito ou alma<sup>40</sup> que a pessoa do psicólogo hospeda.

Inclusive, a palavra hóspede (em latim, *hospes* e *hospitis*) nos chama a atenção porque, em função de sua própria etimologia (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999), repercutiu na palavra hospital (do latim *hospitalis*). E, etimologicamente, ambas palavras abarcam a idéia de boa acolhida, hospedagem afável e afetuosa.

Sendo assim, trata-se de uma maneira de ser que ele exerce enquanto psicólogo, no caso, na instituição hospitalar – mas que poderia ser em qualquer outra – e que ele deve acolher, alimentar, vestir adequadamente e de acordo com as circunstâncias. Sendo assim, não devemos, aqui, entender hóspede como uma figura que está de passagem, mas, em trânsito pelo hospital e no sentido da hospitalidade que o psicólogo deve ter para com seu próprio lugar e figura; para com sua persona em sua morada.

Segundo Freitas (1995), “a máscara representa a concentração de energia psíquica e uma oferta de diálogo entre ego e *self* (p. 101, itálico da autora). Sendo assim, a persona criativa que o psicólogo assume no hospital, a qual, em termos junguianos, pode ser associada ao ego, torna-se um mediador de diálogo e um transmutador de energia psicológica para com o self institucional. Isso, a partir de seus atributos, muitos deles, autorizados pela própria instituição que lhe abriu portas, e, também, a partir de seu modo próprio de se relacionar e se comunicar entre os arquétipos – estes podemos associar às diversas pessoas que transitam no hospital e com as quais o psicólogo interage.

---

<sup>39</sup> Personagens teatrais que expressam a sensibilidade humana. Muitas vezes, caracterizados por palhaços.

<sup>40</sup> Refiro-me aqui no sentido atribuído a estas palavras no cap “6.2 Levando a clínica ao hospital”.

Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt e Cardoso<sup>41</sup> (2004) realizaram uma pesquisa sobre as representações sociais do psicólogo entre residentes médicos que, apesar de ter sido elaborada em unidade básica de saúde, aponta reflexões importantes para o psicólogo em qualquer instituição na área da saúde. A pesquisa evidenciou, entre seus resultados, um desconhecimento ou idéias vagas e ambíguas sobre o que é a Psicologia e o que esta representa enquanto ciência. Além disso, foram destacadas entre as respostas dos residentes abordados, metáforas que sugerem uma concepção da Psicologia enquanto aquela que promoverá soluções mágicas às resoluções dos problemas dos usuários. Para os autores, essa evidência pode cindir a Psicologia dentro da equipe e, conseqüentemente, repercutir num aproveitamento desqualificado da mesma nos serviços de saúde. Os autores questionam o modo pelo qual a Psicologia está se inserindo nos serviços de saúde e de que maneira vem sendo apresentada e configurada pelos psicólogos e dentro das equipes de saúde. E destacam a necessidade de que o psicólogo explicita desde o primeiro contato, tanto com os usuários quanto com os profissionais de sua equipe, o que é a Psicologia. Desse modo, evidencia-se, inclusive, a importância de uma clareza e objetividade na postura do psicólogo em seu trabalho em equipes de saúde, de modo que possa ser possível promover e sustentar um diálogo entre os diferentes saberes, de tal modo que os mesmos sejam complementados e integrados.

Para ressaltar esses apontamentos, destaco a afirmação feita pelos autores anteriormente citados de que: “faz-se necessário que os profissionais de Psicologia estejam abertos a mostrar-se ao outro, compartilhando e divulgando esta ciência.” (p. 68). E ainda, ressalto que “este seria o caminho não só para o reconhecimento da Psicologia, como o passo inicial para o exercício da interdisciplinariedade.” (Moré, 2001, citada por Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004, p. 68).

O seguinte excerto de meu diário de bordo revela uma situação que eu vivenciei de dificuldade para colocar-me e discutir minha opinião com um outro profissional da equipe – situação cujo amadurecimento profissional já mostrava sinais de desenvolvimento devido às reflexões e à mudança de postura alcançada a tempo de contornar o meu desconforto, conforme segue:

---

<sup>41</sup> Autores orientados na área da saúde.

### *Quando os meus olhos não cruzam os seus*

*A sensação de conversar com alguém que não me olha os olhos sempre me parece estranha, com pouca sensibilidade, pouca aproximação ou com algo que nos afasta.*

*Quando converso com a equipe, a sensação, geralmente, é a de que tenho que falar rápido, pois eles podem não ter tempo para me ouvir. Sua realidade sempre os mantém em pressa ou extremamente ocupados e sem tempo. Quando param o que estão fazendo para me olhar e ouvir o que tenho a dizer sinto como uma vitória.*

*Certa vez, dirigi-me a um membro da equipe do hospital para discutir e ouvir sua opinião a respeito de um caso em comum que acompanhávamos.*

*Ele até parecia me ouvir, mas não me dava sinais de que qualquer coisa que eu dissesse pudesse lhe acrescentar. Ah! Ele já tinha o diagnóstico e todo seu entendimento fechado. Fechado hermeticamente! Ele não me olhava nos olhos e, enquanto eu falava, mexia com papéis. No entanto, para minha surpresa, interessou-se em ver os desenhos que a criança havia feito comigo. Empolgada com seu interesse repentino, mostrei-lhe os desenhos, sentindo que isso me traria um trunfo para argumentar meu ponto de vista, com o qual ele não parecia concordar. Que decepção! A sensação era de uso! Ele olhou os desenhos, porém, nada comentou; deixou-me sem entender o uso que faria disso ou o que ver os desenhos pudesse acrescentar à nossa conversa, já que ele se despediu com a conversa ao pé de partida: a sua opinião.*

*O problema maior foi eu me dar conta de que a insegurança nos meus argumentos me invadiram o ser no momento da conversa. A questão era que eu tinha dúvidas sobre o diagnóstico; portanto, minha posição com este médico foi a de tentar ouvi-lo em sua versão de entendimento, mas eu também gostaria de colocar a minha, do ponto de vista psicológico e apenas isso. Afinal, tratava-se de uma criança que eu acompanhava já havia 10 meses com frequência. Mas, não me senti considerada.*

*O surpreendente é que, dias depois, aquele mesmo médico que sequer me olhou nos olhos se aproximou de mim no refeitório do hospital, de maneira bastante simpática e extrovertida, dirigindo-se a mim pelo nome e perguntando pelo “pacientinho” sobre o qual havíamos conversado doutra vez. Fiquei boquiaberta, eu nem sequer lembrava-me de sua fisionomia, quem diria o seu nome – já que ele não pertence ao corpo fixo da pediatria.*

*Sua opinião e argumentos a respeito do caso se mantinham os mesmos. Ele continuava não mostrando interesse no meu ponto de vista psicológico. No entanto, o fato dele ter*

*se dirigido a mim sabendo o meu nome, apontava-me que, apesar dos olhos pouco terem se cruzado, algo da discussão se corporificou da conversa anterior.*

*Lidar com a equipe é lidar com diferenças. De posturas, de idéias, de maneiras de manter ou estabelecer comunicações. Parece-me que é preciso estar inteiro e atento para essas relações. Deixar as amarras e as inseguranças de lado. A insegurança não precisa ficar pra trás, por debaixo de panos, senão, em algum momento ela dará sinal de vida. Mas, pode ficar de lado, aprendendo com a situação, mas sem tomar conta dela. Ah, é preciso domá-la.*

*Três meses depois, novamente cruzei com o mesmo médico pelo hospital. Novamente, ele se lembrou de meu nome e me perguntou de como havia se encaminhado o caso. Dessa vez, consegui me apropriar de meu ponto de vista psicológico e apontá-lo, sucinta e diretamente. Ele ouviu e, dessa vez, até concordou. Afinal, desde o início, eu não precisava discordar do ponto de vista dele, mas o olhar psicológico não precisava ser descartado, se bem e assertivamente pontuado. Bingo!*

*Muitas vezes, sinto-me como se eu precisasse me dispor de arsenais dos mais diferentes para as relações que se presentificam no cotidiano do hospital. Sejam elas com os pacientes, suas famílias ou com a equipe. Sinto a necessidade de estar sempre munida de uma maleta ou um avental com vários bolsos internos. A cada momento, eu poderia sacar um binóculo – para ver melhor e com mais clareza –, um telescópio – para ver ao longe e o que ninguém vê –, um estetoscópio – para ouvir o que o coração sente –, uma luva com sensores supra-hiper-especiais para poder tocar, sentir e fazer-me (con)sentida (o) –, enfim, munida de diferentes instrumentos que me possibilitassem comunicar-me com cada um de acordo com sua (ou minha) necessidade – olhos, ouvidos, tato, voz, sensibilidade, intuição.*

Imprescindível é a necessidade do próprio profissional psicólogo promover o esclarecimento sobre seu trabalho e demonstrar sua eficácia e pertinência no contexto hospitalar. Nesse sentido, trago as palavras de Bruscatto, Kitayama, Fregonese e David (2004) a respeito do trabalho do psicólogo na equipe multiprofissional em saúde:

o trabalho em equipes multiprofissionais, verdadeiramente produtivo, que resulte da discussão amadurecida de situações variadas, algumas delas conflitivas, embora seja oportuno e desejável, nem sempre é facilmente efetivado em nosso cotidiano, permanecendo como um desafio, como um terreno a ser, a cada dia, perseverantemente, conquistado. Na realidade, nossa visão é a de uma construção permanente. O trabalho numa equipe multiprofissional nunca está “pronto”. Ele se constitui justamente na sua dinâmica. Para tanto, damos o melhor de nós. Não só de vez em quando. Sempre, dia após dia. (p. 40)

Condiz ao próprio psicólogo explicitar isso à equipe, esclarecendo e demonstrando em quais casos ou situações se mostra propícia e funcional a intervenção psicológica. Para tanto, o psicólogo precisa ter claro e definido, a priori, o lugar que se (quer) ocupa(r) no hospital, apropriar-se deste e habitá-lo. Somente a partir de então, haverá condições para, ele mesmo, obter clareza de seus objetivos de trabalho, quais as situações oportunas para sua atuação, seus limites, as técnicas e metodologias eficazes e pertinentes para o seu trabalho no hospital, levando-se em conta suas peculiaridades de contexto institucional e de *setting* clínico.

Ao pensar que cabe ao psicólogo demonstrar a pertinência de seu trabalho no hospital, fui pesquisar o significado da palavra pertinência e me deparei com uma definição bastante propícia para o que pretendo discutir. O termo pertinência está relacionado à qualidade do que é oportuno, que vem a propósito, que é conveniente, adequado, que estabelece ligação lógica entre um elemento e o conjunto ao qual está relacionado (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999; Luft, 1991). Nesse sentido, entendendo “elemento” como sendo o psicólogo e “conjunto” como sendo a instituição, penso que o trabalho do psicólogo vai se mostrar mais funcional no hospital à medida que for integrado e não se desligar do contexto hospitalar. Com isso, quero dizer, fazendo uma alusão à Bleger (1984), que o psicólogo não deve abrir um consultório dentro do hospital, com o intuito de realizar a Psicologia dentro dos moldes tradicionais. Ele deve ter clareza de que seu trabalho não pode destoar da realidade institucional na qual está inserido, uma vez que o psicólogo integra uma equipe composta por diversos profissionais de outras áreas, dentro de uma instituição e com suas características peculiares.

O trabalho em equipe se mostra bastante significativo, especialmente quando ocorre através de cooperação e articulação de técnicas e saberes entre as diferentes áreas profissionais. Tendo se mostrado um tipo de trabalho freqüente e crescente na área da saúde, uma das principais dificuldades encontradas refere-se à falta de clareza com relação às especificações da atuação de cada profissional na equipe, como é o caso da Psicologia (Tonetto & Gomes, 2007).

### ***Ouvindo para ser ouvida***

*Naquele dia, sentimentos divergentes me inundaram a alma.*

*Ao mesmo tempo em que eu brindava a experiência de ter minha opinião solicitada entre a equipe médica sobre aquele caso, e eu me sentia fortalecida para, então, “tronar” o meu lugar – qual era mesmo ele? – eu me deparava com uma tocha de insegurança acesa em*

*meu peito ao ter que me sustentar frente àqueles que do meu ponto de vista discordavam.*

*Mas eu realmente acreditava que a opinião daquela mãe não podia ser desconsiderada ou abandonada. Afinal, ela sempre me trazia o desapontamento e a inaceitável idéia de ter que lidar com o reconhecimento das seqüelas encontradas hoje numa filha que ontem era “normal” e que estava prestes a ser submetida a uma cirurgia de gastrostomia. “Eu sei que posso dar devagarinho a comida para ela. Eu tenho paciência.” “As fotos de quando ela era normal estão lá em casa.” – a mãe me dizia.*

*Chegava à equipe a notícia de que esta mãe sabotava a alimentação da filha, pois, enquanto a nutrição via oral lhe era proibida, a mãe a fazia escondida, como que testando a equipe e querendo provar – para si mesma? – que ela conseguiria restabelecer a filha para alimentá-la por boca. Alguns da equipe ouviam essas questões considerando os sentimentos da mãe e sua dificuldade em “aceitar” a cirurgia. Ao menos neste momento, quando tudo lhe parecia obrigatório e sob pressão, sendo que, enquanto ela não permitisse a cirurgia, não sairia com a criança do hospital – mesmo que assim a equipe não o quisesse fazer, era assim que a mãe ouvia a necessidade da cirurgia e isso parecia soar-lhe como um castigo, já que ela era de outra cidade e havia marido e outra filha aguardando-as em casa. Outros profissionais entendiam que, para que a cirurgia tivesse sucesso, era necessário que a mãe se apropriasse e compreendesse conscientemente a necessidade da mesma, pois ela era quem levaria a criança para casa e era ela quem precisaria compreender que a criança corria sérios riscos se as instruções pós-operatórias e de gastrostomia não fossem cumpridas. No entanto, outros profissionais envolvidos no caso levavam em consideração primeira os riscos que a criança corria se a cirurgia não fosse feita e entendiam que não havia tempo a perder para que a mãe pudesse pensar melhor a respeito.*

*E minha opinião, qual era de fato? Foi preciso que eu consultasse a mim mesma, pois eu também, junto com a equipe, me senti perdida nesta situação: de um lado, havia o risco de vida se a criança não fizesse a cirurgia; de outro, a mãe, que embora a autorizasse, não a aceitava e não se conformava com essa possibilidade, demonstrando permiti-la porque se sentia pressionada – era assim a maneira que ela parecia entender a situação.*

*E eu comecei a pensar a partir do ponto de vista da demanda que esta mãe me trazia. Ela parecia gritar para ser ouvida, especialmente através de seu corpo dinâmico e ágil, sempre solicitante de atenção à equipe; era assim que seus gritos de tormenta me*

*chegavam aos “ouvidos”. Será que seria possível oferecer à mãe essa escuta para que ela pudesse ter sua opinião considerada e integrada à decisão da equipe? Minha postura começou a ser a de considerar que o risco de morte da criança também envolvia a compreensão que essa mãe tinha e mantinha sobre uma filha sequelada. Será que, mesmo fazendo a cirurgia e aceitando-se a autorização “sob pressão” da mãe, essa criança manter-se-ia em riscos quando fosse por ela levada para casa?*

*Manter minha postura e assumi-la era algo que me exigia força e persistência, pois era fácil vacilar frente aos riscos imediatos que a criança corria. Mas, eu percebia que era necessário olhar e ouvir além disso.*

O psicólogo necessita apropriar-se de forma mais segura e precisa de sua persona e de seu espaço na equipe (Levy et al. al., 2002), tendo clareza sobre a instituição onde atua, mas sem se deixar ser instituído por ela – ou seja, sem se deixar ficar à mercê de tudo que lhe é imposto e/ou solicitado pela instituição, uma vez que não esteja de acordo com sua ética e propósitos nesta. Espaço, este, que eu chamaria de relacional e ressaltar estar diretamente estabelecido a partir do lugar que o psicólogo ocupa na instituição. Percebo, a partir de minha experiência pessoal e do que ouço de colegas de profissão, a necessidade de o psicólogo construir ou reformar esse lugar, em termos de tempo e espaço – como já discutido, anteriormente. Há a necessidade de construí-lo, quando é um lugar que precisa ser conquistado dentro da instituição; mas, também, reformado, justamente pelo fato da equipe, muitas vezes, não possuir entendimento e clareza do trabalho do psicólogo ali. Percebo que a necessidade do psicólogo ser o próprio “pedreiro” desse lugar se faz oportuna e necessária, uma vez que ele é o profissional que possui maior intimidade e competência para demonstrar, com legitimidade, o que faz, quando faz, com quais propósitos faz e o que pode ser alcançado com seu trabalho.

Paralelamente ao cuidado no processo de construção e desenvolvimento de sua persona, o psicólogo deve estar atento àqueles aspectos relativos à sua sombra.

O termo sombra utilizado por Jung refere-se à parte obscura, desconsiderada e/ou não valorizada da personalidade, geralmente, reprimida a favor do ego ideal (Whitmont, 1998).

A sombra nem sempre é admitida e reconhecida, porém, é sempre presente, companheira do ego. Ela é indispensável como complementar ao ego. Em vez de buscar eliminá-la, o homem deve buscar uma melhor convivência com ela, o que exige uma disposição humilde para olhar para aquilo que o ameaça dentro de si, reconhecendo como seu



e que o influencia (Jung, 1971/1990). Nesse sentido, Jung (1971/1990) afirma que é importante que o homem não se esqueça de sua sombra para não se julgar inofensivo.

Segundo Furigo (2006), a sombra, nos momentos de crise, aparece apontando que algo não vai bem. Segundo ela, é como se o indivíduo “se sentisse mal dentro de ‘sua própria casa’” (p. 99).

A crise pode ser entendida, então, como uma mensagem enviada pelo self sobre uma necessidade de cuidado (Furigo, 2006). Pode também ser compreendida como um movimento simbólico no momento de vida do paciente (Furigo, 2006), pois, para Jung (1991/1985), determinados acontecimentos da vida podem colocar o indivíduo em contato com seu self, tendo uma tarefa simbólica.

Nesse sentido, durante o processo de construção do lugar do psicólogo no hospital, a sombra precisa ser considerada e seus aspectos conscientizados – claro que no que for possível, pois a sombra nunca será conscientizada por completo –, pois as angústias e dificuldades sentidas pelo psicólogo podem levá-lo a uma dificuldade de reconhecimento de suas potencialidades e atributos. Isso, especialmente, quando ele não tiver clareza e maturidade suficientes para saber o que lhe compete e do que e/ou como é capaz de atuar. Para tanto, ele precisa também estar atento ao que o obstaculiza nesse ponto, que corresponde, à sua sombra. Não se trata de aspectos que precisem ser julgados como bons ou ruins, negativos ou positivos; mas que não lhe estão claros e/ou não estão em acesso possível e facilitado para o seu enfrentamento e amadurecimento, no momento.

Os aspectos relegados à sombra, já que inconscientes, podem ser projetados em outras pessoas (Whitmont, 1998). Isso, no hospital, pode significar, por exemplo, uma falta de clareza entre a especificidade e os qualificativos de seu trabalho e os dos outros profissionais. Ou, ainda, uma dificuldade para enxergar o outro profissional a partir de uma relação de alteridade, destituindo-se de seu valor e empoderando sempre o outro, como o médico ou a enfermeira que exercem funções mais consolidadas no serviço hospitalar. Consequentemente, isso pode implicar e/ou repercutir em relações onde o psicólogo se posicione como auxiliar de outros profissionais. Deve haver um cuidado para isso e esse ponto foi também abordado nos capítulos “6.1 A prática psicológica no hospital” e “6.2 Levando a clínica ao hospital”.

A sombra não pode ser eliminada, pois é inerente ao desenvolvimento do ego e exerce um trabalho de proteção daquilo que o indivíduo não é capaz de momentaneamente encarar. Porém, pode ter seus aspectos reconhecidos e conscientizados para que sejam aceitos e

amadurecidos, o que pode abrir ao psicólogo uma perspectiva ampliada e renovada para seu trabalho no hospital.

A sombra sempre estará também presente na persona. E um relacionamento assertivo com a persona promoverá condições de se elaborar a sombra.

A persona refere-se, inclusive, à importância de que cada profissional desempenhe seu trabalho na especificidade que lhe cabe, na sua área, pois um não deve ser igual ao outro (Jung, 1971/1990).

Uma persona não clarificada pode repercutir num ego inflacionado (Jung, 1971/1990), quando o psicólogo se alimenta de um poder indevido no desempenho de seu trabalho.

Uma maneira importante para a construção e/ou reforma de seu lugar no hospital, é o psicólogo vir a conhecer, inicialmente, qual lugar lhe foi dado na instituição e quais as expectativas que nele depositam (Bruscato, Amorim, Haberkorn & Santos, 2004). A partir daí, é preciso ter muito claro os princípios da Psicologia, levando-se em conta os preceitos de conduta técnica e ética da profissão, articulando-os aos objetivos que convêm especificamente ao trabalho no contexto hospitalar, incluindo-se, a isto, as especialidades particulares do psicólogo que ali se insere.

Bruscato, Amorim, Haberkorn e Santos (2004) apontam uma reflexão importante a respeito da palavra cotidiano, definida por elas como um conceito que se refere ao tempo; seja ele de curto prazo, sendo pensado a cada dia, ou de longo prazo, dia após dia. Estas autoras discorrem a respeito, abordando o conceito pensando-o como um presente contínuo, enquanto algo que acontece sem aparente importância e permanece estável. Isso me faz pensar sobre a construção do lugar ao qual me referia há pouco. Essa labuta deve ser instituída dia após dia, incessantemente, inclusive, para que o lugar, mesmo quando conquistado, seja mantido e sustentado. Simplesmente, acontecendo.

Uma vez que há a necessidade de diferenciação entre ego<sup>42</sup> e persona, o psicólogo deve desenvolver um senso crítico e de responsabilidade que lhe permita desempenhar uma persona consciente do contexto e necessidades solicitadas em seu trabalho, entretanto, sem moldá-la unicamente de acordo com as expectativas e exigências externas e sem deixar de lhes encaminhar a devida atenção (Jung, 1971/1990; Whitmont, 1998). A identificação com as

---

<sup>42</sup> De um modo geral, ego se refere a um complexo e corresponde ao centro da consciência. Abrange as características do modo de ser da pessoa. A persona se refere a maneiras dessas características atuarem no mundo (Pieri, 2002; Samuels, 1989).

exigências externas não é saudável, pois o trabalho não será realizado com naturalidade nem clareza (Jung, 1971/1990).

Torna-se necessário que haja espontaneidade por parte do psicólogo, em termos de estar atento aos acontecimentos no contexto de seu trabalho e permitindo que *brote* de dentro de si os caminhos possíveis para fazer passagem do pensamento ou reflexão ao ato. Claro, que esse brotar ao qual me refiro deve ser ressonância à sua *bagagem* de experiência e orientação teórica. E, nesse sentido, a persona sincrônica ao momento receberá vida, não moldando-a com concreto, mas oferecendo-lhe ar para que possa respirar e sentir o que a *vida* pede de movimento para a situação apresentada naquele momento.

A atitude do psicólogo no hospital será guiada pelo ego, por meio do discernimento; o que poderá ser alcançado com trabalho constante de conscientização de aspectos de sua sombra. Para tanto, a persona e o ego do psicólogo devem estar amadurecidos e desenvolvidos de modo pertinente ao seu trabalho no hospital. Isso, a fim de que sua persona seja vestida de modo seguro e flexibilizado, inclusive, às diferenças situacionais do hospital, sem que se torne rígida, superficial e/ou estereotipada, mas que a pessoa do profissional se sinta confortável e legitimada para tanto. Ou seja, será preciso flexibilizar a persona, mudando de roupagem sempre que a realidade prática assim o solicitar. Isso não significa uma instabilidade de atitude, mas, sim, uma flexibilidade no modo de estar e se relacionar com os outros, seja membro da equipe ou usuário, no hospital. A atitude do psicólogo não deve estar à serviço da persona, mas o inverso.

Para essa flexibilização da persona, será preciso trazer a companhia de Hermes e Trickster, dois deuses inspiradores ao trabalho do psicólogo no hospital, como já referido anteriormente.

Conforme encontrado em estudos de Baptista (2007), Hermes – filho de Zeus –, também conhecido como Mercúrio (porém, Jung os diferencia, como discorrerei adiante), é um deus que transita entre diferentes mundos: Terra, Olimpo e Inferno. E, por isso, sua característica principal é o movimento. Ao atentarmos para sua história, esta sua característica destaca-se logo nos seus primeiros anos, quando surpreende sua mãe – a deusa Maia – desatando os panos que o envolvem e escapando para suas primeiras aventuras, revelando independência. Determinado, ambiciona novos horizontes e, não conformado com a condição real posta, viaja caverna afora.

Revela audácia ao estar sempre pronto para colocar em prática seus desejos. Nesse sentido, de acordo com a oportuna lembrança de Baptista (2007) sobre o que Jung aponta em toda sua obra, Hermes traz para a Psicologia um importante e inspirador movimento: um transitar entre os mundos, de modo que a ação supere a palavra, realizando a passagem entre a fala e o fato concretizado. Uma atitude hermética, nesse sentido, nos auxilia a transcender de uma dimensão abstrata para a concreta. Desse modo, ele abre brechas a uma nova consciência que transpõe a idéia, a reflexão, o desejo à prática da ação.

No trabalho psicológico, empresta sua característica de velar, mantendo o vaso alquímico hermeticamente fechado, em prol da busca da pedra filosofal da transformação e regeneração psicológicas (Baptista, 2007).

Podemos prenunciar ter este deus em si atributos imprescindíveis, presentes na dimensão alquímica da psicologia enquanto profissão. Como senhor das fronteiras e condutor de almas, provoca uma identificação quase imediata com os portadores do ofício de trânsito entre os mundos da consciência e do inconsciente. (Baptista, 2007, p. 253)

Faz-se oportuno mencionar que o fogo, apresentado pela primeira vez por Hermes – como presente levado ao Olimpo – é um elemento transformador e anunciador de uma nova consciência (Baptista, 2007). Trata-se de um elemento essencial nos processos alquímicos, fundamental para a transformação da matéria e no processo de mudança de um estado para outro.

“O fogo amalgama, conecta, une, ata, evapora, liquefaz, aquece, bem como separa, queima, cataliza, desfaz, destrói.” (Baptista, 2007, p. 263). Essas características lhe conferem importância para que, simbolicamente, seja trazido ao encontro psicológico. Como exemplo dessa necessidade, podemos nos referir, antes de qualquer coisa, à necessidade primordial de se promover um espaço aquecido e de conexão entre psicólogo e paciente. Além disso, muitos conteúdos ali expostos e expressos possuem um estado de solicitude para que sejam evaporados, atados e desatados, separados, queimados, desfeitos e transmutados.

Hermes se mostra em características opostas ao seu irmão Apolo. Este, dotado de comportamento moderado e pensamento linear, enquanto Hermes, autoconfiante e criativo, não poupa sua habilidade de mentir e driblar situações para alcançar seus planos – o que lhe confere características de um Trickster. No entanto, Hermes demonstra conhecimento das responsabilidades de suas escolhas ardilosas apontando, inclusive, “para o movimento de regressão e progressão como algo que não deve deixar pegadas. O que está feito está feito e terá suas consequências.” (Baptista, 2007, p. 254). Demonstra, por meio de seus feitos, uma prudência em não deixar para trás assuntos que não tenham sido resolvidos. Trata-se de um

deus que representa a alteridade ao estar sempre em busca da troca, revelando um olhar sensível e intuitivo ao olhar a realidade além do que ela apresenta.

Mercúrio possui natureza psíquica e aspectos físico e espiritual e é o mensageiro dos deuses, sendo, ainda, aquele que se encarrega das revelações (Jung, 1942/2003). Interessa-se mais pelos fatos do que pelos relacionamentos. Nisto, diferencia-se de Héstia (Baptista, 2007).

Segundo Jung (1942/2003), Mercúrio é associado aos elementos água, fogo e ar, devido às suas características de fluidez, mutabilidade e movimento – o que possui relação com suas características de alteridade, inclusive. Para o autor, também é considerado como a alma que vivifica e não se distingue entre bom e mal - assim como Trickster. Possui em si os opostos, sendo, inclusive, considerado como uno, contendo em si o caos original e, portanto, a prima matéria. Mas, ele é, também, a última matéria, contendo em si a meta de sua própria transformação. Porém, é, inclusive, o mediador desse mesmo processo (Jung, 1942/2003).

Do ponto de vista psíquico, é expressão do substrato da individuação. É ele quem nos põe no nosso caminho individual para que possamos ser aquilo a que viemos. Faz brotar a semente que somos. É Hermes quem devemos invocar quando nos desviamos de nosso trajeto e nos perdemos de nós mesmos: aquele que é capaz de ouvir a voz de Zeus, acordar (despertar o grão) e auxiliar nosso herói a retomar o caminho de seu mito pessoal. (Baptista, 2007, p. 266)

Hermes e Mercúrio se utilizam de aspectos de Trickster para o processo de individuação, porém, não são o próprio Trickster (Jung, 1954/2002).

O espírito de Mercúrio é o princípio da individuação, enquanto Hermes possui aspectos que sugerem o acontecer do processo de individuação. E Trickster, por sua vez, possui aspectos que podem impulsionar e movimentar esse processo.

O Trickster possui peculiaridades de um espírito provocador, habilidoso e astuto para, com *jogo de cintura*, driblar situações problemáticas, retirando-se sempre incólume, de modo a não se envolver em nenhuma das partes nestas situações. O mito de Trickster também possui características que coincidem com o xamanismo, no que diz respeito às habilidades de curar através de sua própria ferida, o que nos leva a associações com o arquétipo do curador ferido (Jung, 1954/2002).

Nesse sentido, de acordo com Freitas (1995), Trickster possui características que o levam a ser considerado como herói e salvador, especialmente porque suas peripécias não estão em prol de interesses próprios, mas a serviço da coletividade. Sua tendência a se comportar de modo imprevisível e, muitas vezes, de modo a confrontar a consciência e lhe impôr uma revisão de atitude, faz dele um promotor de efeitos terapêuticos. Além disso,

porque denuncia e interage com polaridades psíquicas, trazendo sombra e luz, sensibilidade e rudeza (Freitas, 1995).

De certa forma, esse modo de enfrentar situações conflitivas e ao mesmo tempo promover confrontos possui correspondência às características que cabem ao psicólogo em várias circunstâncias no hospital, como, por exemplo, em ocasiões de conflitos entre paciente e equipe multiprofissional. Somente a atitude clínica do psicólogo nestas situações é que desobstruirá analogias de sua figura com aquelas de salvador.

Segundo Jung (1954/2002, p. 257, § 468), o mito de Trisckster é uma “personificação coletiva” que decorre de uma pluralidade de características individuais, mas tal personificação não se assemelha ao produto isolado de um único indivíduo. Para o autor, é um “ser originário cósmico, de natureza divino-animal” (p. 259, § 473). Isso lhe confere habilidade para transitar entre o mundo do consciente e do inconsciente, da persona e da sombra, com força, astúcia e leveza concomitantemente.

Possui aspectos de um lidar de modo divertido com as circunstâncias, o que apresenta analogia com facetas de um Clown (Freitas, 1995). Com suas habilidades já mencionadas, possibilita baixar o nível intelectual e moral, cedendo lugar para o acontecer humano em termos de sentidos e emoções. “O mito, graças à sua numinosidade, tem um efeito direto sobre o inconsciente, quer a consciência o compreenda ou não.” (Jung, 1954/2002, p. 262).

Também competem à figura de Trickster aspectos de uma “sombra coletiva”, devido aos traços inferiores de caráter (Jung, 1954/2002, p. 264), representando aqueles aspectos que o homem possui dificuldades para enfrentar e manejar.

Trickster é um espírito mensageiro dos deuses e guia da alma, segundo Hyde (1995). Trata-se de um espírito que cruza fronteiras, tanto internas quanto do cotidiano, em situações onde se torna preciso abrir espaço para mudanças ou novos vislumbres. Ele promove a ambigüidade e a ambivalência, mas sem empregar conotações morais. Está sempre presente no espaço que se abre entre os paradoxos, inclusive, trazendo à superfície novos olhares e movimentos. Ele é a personificação do portão de entrada para novos caminhos.

A figura de Clown está associada à marginalidade, pois se trata daquele que denuncia e coloca luz onde existe sombra. E, por isso e assim como o Trickster, não é valorizado socialmente (Freitas, 1995). Muitas vezes, evoca o avesso e o contraditório, por meio de máscaras e caricaturas ou de discursos ímpares, como forma de promover a reflexão e denunciar o que é socialmente impronunciável.

No entanto, Freitas (1995, citando Martinez, 1987) ressalta o caráter também central da figura tricksteriana, por mobilizar questões fundamentais e que merecem destaque em nossa cultura. Essa característica também pode ser reconhecida na presença dos Clowns em nossa sociedade.

Clown, Trickster, Mercúrio e Hermes, cada um nas características há pouco apontadas, carregam aspectos em consonância com o perfil do psicólogo no hospital, tais como: jogo de cintura e criatividade necessários, flexibilidade para atravessar e fazer passagem entre diferentes mundos, contextos e circunstâncias, habilidade para a alteridade, olhar sensível para a situação além do óbvio, só para associar alguns exemplos. E, como tem sido mencionada em praticamente todo o presente trabalho, Héstia não poderia deixar de ser lembrada neste momento.

Héstia e Hermes compõem um par por complementarem funções; ela por representar o centro e ele por movimentá-lo (Vernant, 1990). Héstia é a deusa que representa a lareira no centro da casa e, por isso, o aconchego e a centralidade (Vernant, 1990).

Héstia representa o fixo, a intimidade e o interior; e Hermes a abertura, a mobilidade, o exterior e o contato com o outro (Vernant, 1990). A conexão entre ambos permite prescrever um direcionamento a partir de algo central e previsível, com possibilidade de transição e de passagem entre o ir e vir.

#### *6.4 Conciliando três tempos na prática da Psicologia no hospital: o requerido, o sentido e o vivido*

Falar de tempo em hospital é algo bastante delicado, pois, neste, sempre se corre contra o tempo, inclusive.

Furigo (2006) afirma que a inserção do psicólogo nas instituições tem desafiado-o a desenvolver novas práticas. Modalidades de atendimentos breves têm sido cada vez mais utilizadas por psicólogos, à medida que a necessidade se evidencia em nosso contexto atual, como, por exemplo, nas áreas da saúde e educação (Furigo, 2006).

Na Psicologia, sempre se preza o processo a longo prazo. Nós, psicólogos, muitas vezes, corremos o risco de nos vestirmos de impotência quando nos deparamos com o abismo que o tempo nos impõe frente ao paciente que se vai, sem que nada mais possamos fazer.

Parece haver o desejo de, mesmo dentro do hospital, realizar um trabalho psicológico por meio de um processo mais longo. Trata-se do desejo de se fazer um acompanhamento do paciente. Entretanto, nos esquecemos de que esse acompanhamento é possível, não a longo prazo, mas desde que possa ser pensado no momento em que o paciente passa por nós, no hospital. Um acompanhamento do paciente durante seu percurso pela instituição se mostra possível. Seria como acompanhá-lo no trânsito pelo hospital.

E começo a pensar se, com esse desejo, já que o sabemos improvável em diversos setores clínicos do hospital, não há embutido o alívio que o processo a longo prazo pode nos dar. Isso, tendo em vista a possibilidade de que, desse modo, sempre há a possibilidade do amanhã para aquilo que não nos foi possível fazer hoje. Afinal, o nosso trabalho em hospital está repleto de frustrações pelas coisas que escancaram nossos limites, especialmente, no que tange a questões de tempo. O amanhã é sempre improvável e imprevisível para o trabalho com a emergência, no hospital. E, mesmo quando o amanhã se torna possível, sempre se desfaz ou se refaz no aqui e agora do que a emergência solicita.

Importante, aqui, esclarecer que naqueles serviços que trabalham em ambulatório de Psicologia, que não é o caso do hospital onde atuo, o enfrentamento do tempo se dá por outra ordem. Existem particularidades, como demanda do paciente, foco e proposta de trabalho a serem devolvidos, por exemplo, que devem ser considerados.

Imprescindível se torna ter clareza dos objetivos de cada serviço. Inclusive, independentemente da necessidade e possibilidade do usuário em ser atendido em psicoterapia após sua passagem pelo hospital, é preciso que o psicólogo tenha clareza do que lhe cabe trabalhar no atendimento do aqui e agora. E, com uma postura de prontidão, um trabalho sempre lhe cabe. Porém, é preciso defini-lo e clarificá-lo. Caso contrário, sem critérios definidos, os encaminhamentos para continuidade de acompanhamento psicológico responderiam a uma demanda de quem?

Não seria uma desculpa para lidar com nossa impotência frente ao limite do aqui e agora, com o que não nos é possível fazer?

Parece haver uma tendência do psicólogo, muitas vezes, em realizar encaminhamentos para psicoterapia de maneira *irrefreada*, sem, muitas vezes, critérios ou justificativas



definidos ou, nem mesmo, clareza do interesse, necessidade e possibilidade do próprio paciente, para o seu momento.

Por que não investir todo o esmero e esforço no trabalho de prontidão à emergência, dentro do contexto hospitalar, tal como nos aparece hoje, em vez de criar idéias mirabolantes de prolongar o tratamento psicológico a quem nos pede auxílio agora e não sabe de seu depois? Pensar isso, não se trata de um conformismo simplório, mas como tentativa de percepção de uma realidade que pede socorro e que cada vez mais se aproxima do psicólogo que se atreve a encarar esse contexto. Desse modo, realizar encaminhamentos para acompanhamentos psicológicos a longo prazo tornar-se-á ainda viável, porém, mais clarificadamente pautado na necessidade e possibilidade do paciente.

O trabalho clínico do psicólogo em contextos de consultório – ou de clínica, como muitos denominam – já tem o seu lugar. Torna-se preciso dirigir esforços para construir e alicerçar o lugar do psicólogo em outros contextos. Nosso lugar dentro do contexto da saúde e, a partir das reflexões deste trabalho, dentro do hospital, é um deles. Há um chamado social ao psicólogo, neste momento, para isso.

Os atendimentos no hospital devem valer do que for possível em sua (finita) completude, esgotando para o momento todas as “possibilidades *clínicas*” [itálico nosso] possíveis (Furigo, 2006, p. 228). Deixando, assim, a possibilidade de um re-encaminhamento quando estritamente necessário, a fim de que ocorra não por impotência do psicólogo, mas por necessidade e desejo do paciente (Furigo, 2006).

Segundo Furigo (2006, p. 228), os psicólogos em situações de atendimento tal qual o que discutimos,

diante de um tempo cronológico restrito, mesmo assim, podem, em alguns momentos, e não devem abrir mão, da partilha silenciosa. Devem apenas amparar e acolher com sua presença, proteger e garantir momentos alquímicos de transformação. Devem principalmente evitar inundar a sessão, de forma ansiosa, com palavras.

Sendo assim, o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar não deve desconsiderar suas peculiaridades de *setting*. Torna-se preciso contemplar a brevidade do tempo, entre outras características da instituição que implicam, direta ou indiretamente, seu trabalho.

Pensar a questão de tempo é algo que requer cuidado/ponderação quanto a se conciliar a possibilidade prática e a necessidade subjetiva. Pois, a questão que se presentifica é “quem, qual psique tem/*requer* qual tempo?” (Fierz, 1997, p. 49, itálico nosso).

No entanto, o tempo que o encontro psicológico tem à sua disposição no trânsito pelo hospital implica questões práticas que precisam ser conciliadas com o tempo do relógio.

Há uma urgência de tempo para ser ouvido e para ouvir, mas que se cruza com a emergência de um tempo que, muitas vezes, não é só da subjetividade, mas das necessidades práticas da vida em passagem pelo hospital. Com isso, muitas vezes, o momento de atenção psicológica precisa abrir passagem para cuidados da ordem objetiva do hospital que também possuem uma emergência, como exames médicos, procedimentos cirúrgicos, troca de curativos, para citar alguns exemplos. Segundo Fierz (1997), o tempo implica um modo de experiência psíquica que impõe os aspectos de continuidade e duração. Tanto é experimentado como algo que possui um fluxo contínuo, como algo que possui um limite de duração. Esse entendimento se refere, ainda sob palavras do mesmo autor, ao tempo da experiência completa a partir de uma medida relativa de tempo cronológico, “que acompanha o movimento do sol e das estrelas” (p. 50).

O tempo é fenômeno físico enquanto “tempo absoluto, como fluxo contínuo”, que pode ser visto “como concepção típica do processo vital” (Fierz, 1997, p. 48). No entanto, segundo o autor, o tempo relativo e que pode ser medido consiste numa necessidade de orientação do homem e, necessariamente, é fenômeno psíquico. Nesse caráter, para o autor, o tempo possui qualidade arquetípica enquanto experiência subjetiva e personificada.

No entanto, levando-se em conta que toda situação vivida é uma experiência em si, independentemente do tempo marcado no relógio que decorreu seu acontecimento, e que toda experiência abarca emoções, sentidos, não-sentidos, questionamento e pensamentos, podemos considerar, portanto, que toda experiência é completa em si. Cada momento é único e se encerra em si mesmo, porém, a experiência ali contempla um tempo vivido na continuidade das repercussões emocionais e fisiológicas marcadas na experiência absoluta dentro de um tempo relativo, que pode vir a repercutir em novas experiências com ele relacionadas ou não.

O tempo que se tem disponível no hospital é sempre muito curto e isso implica momentos onde é preciso ter claro, impreterivelmente e a priori, a postura clínica. Mediante esta, o tempo torna-se mais uma variável do que uma condição para que a escuta se desenrole. A narrativa abaixo ilustra um momento entre tantos outros onde eu precisei refletir sobre esta questão de tempo versus disponibilidade clínica.

*Uma conversa entre Cronos e Kairós*

*Fui solicitada pela equipe médica para avaliar a condição psicológica de uma mãe porque esta pretendia ir embora com a criança do hospital sem que a alta médica houvesse sido autorizada à criança.*

*Eu não tinha muito tempo, devido a outros pedidos de atendimento que me aguardavam. E, além disso, era véspera de final de semana e eu retornaria ao hospital dali a 2 dias, o que poderia ser tempo o bastante para não conseguir mais oferecer escuta àquele caso. Em dois dias, muitas coisas podem acontecer no hospital.*

*Ao chegar ao quarto, encontrei a mãe bastante ansiosa e chacoalhando o bebê em seu colo. A criança estava quieta, sempre no colo e com olhos esbugalhados.*

*A mãe estava nervosa, mas não irritada. Mostrou-se receptiva ao meu atendimento, mas esperava que eu lhe desse a resposta que aguardava: de autorização de alta hospitalar.*

*Desejava ir embora porque já estava no hospital havia 8 dias. Queixava-se de que, apesar do pai da criança visitá-la todo dia, permanecia por pouquíssimo tempo no hospital e não conversava muito com ela. Explicou que esse era o jeito dele e o seu costume, mesmo em casa. Contou-me sobre diversas situações em sua vida: trabalho, relação conjugal, maternidade, entre outras. No entanto, nenhuma a preocupava tanto naquele momento: dizia-me o tempo todo que gostaria de ir embora, que não agüentava mais ficar no hospital. Inclusive, ela mesma afirmava que a criança estava muito bem – o que justificava, de seu ponto de vista, a volta para casa.*

*Ouvi, tentei orientar sobre a importância de a criança permanecer no hospital quando o médico avalia isso. Orientei que ela conversasse com a médica. Coisas afins.*

*Ela pareceu entender minha orientação, apesar de continuar ansiosa para ir embora.*

*Percebi que fiz um acolhimento um tanto satisfatório. No entanto, avalio que não consegui atingir a compreensão da demanda da mãe. Qual era sua necessidade imbuída nesse desejo de ir embora? Algo borbulhava, mas eu não conseguia olhar além das bolhas. Compreendi que a mãe parecia preocupada, sobretudo, com sua relação com o marido.*

*Encaminhei o atendimento de acordo com minha percepção do momento. No entanto, senti desconforto em não conseguir enxergar além e auxiliar a paciente a esclarecer sua*

*demanda, sua necessidade legítima, naquele momento, o que parecia ir além do desejo de alta hospitalar.*

*Embora eu tenha oferecido acolhimento e escuta, senti-me presa a orientações que caberiam a qualquer outro profissional da equipe conceder. Nesse sentido, vejo agora que eu não precisaria, necessariamente, ter ficado mais tempo com ela, mas o exato tempo que eu fiquei poderia ter sido o suficiente para uma maior escuta, de um olhar mais inteiro e presente à situação que ela me contava.*

*Às vezes, sinto-me lutando contra o tempo no hospital. Na verdade, sinto vontade de conciliar diferentes tempos: o meu tempo, o do paciente, o da equipe e o do relógio. Nem sempre é possível ser favorável a todos eles. Mas, conciliar é preciso. Um ou outro, geralmente, precisa ceder, inclusive.*

Conforme já explicitado na narrativa apresentada, faz-se necessário entregar-se ao momento presente do encontro, onde tudo o que for oportuno ali se fará possível. Ou seja, o que menos importa é que haja muito tempo – pois não é possível esperar isto no hospital – mas, que o tempo que houver na oportunidade do momento deve ser o melhor aproveitado possível para que o psicólogo se entregue ao encontro. Essa entrega deve ser envolvida por curiosidade e interesse pelo outro e também pela confiança de que esse encontro possibilitará o que for preciso. Isso se dará desde que a entrega aconteça. Não é possível garantir que a entrega à qual me refiro exista também por parte do paciente; o que se torna possível é oferecer condições de acolhimento e respeito para que ela aconteça – e a própria entrega do psicólogo poderá promover a do paciente. À medida que isso for possível, o trabalho psicológico poderá transpassar a escuta acolhedora e alcançar a ausculta clínica – que corresponde ao que, na narrativa, foi referido como ir além ao acolhimento e às orientações multiprofissionais –, tal como é próprio da tarefa do psicólogo.

Não parece correto afirmar que se realizem processos psicoterapêuticos em hospitais, mesmo que sob a denominação de psicoterapia breve – exceto quando profissionais se propõem a isso em ambulatório.

Mostrou-se importante para o presente trabalho realizar uma breve pesquisa sobre conceitos que, metodologicamente, melhor se aproximam do trabalho que é possível realizar em hospitais, considerando-se o aspecto temporal.

Muito se fala em psicoterapia breve no contexto hospitalar. No entanto, torna-se pertinente destacar sua conceituação, inclusive, para que se possa melhor esclarecer o porquê de não utilizar esse termo na prática em hospital.

Rodrigues (2009) afirma haver uma escassa exploração do conceito de psicoterapia breve por psicólogos orientados pela abordagem junguiana. Isso não significa que eles não a utilizem; no entanto, o assunto é pouco estudado e divulgado, especialmente, em termos metodológicos. Rodrigues (2009) levanta a hipótese de que essa pouca exploração se deve ao fato de que a abordagem junguiana é vista como aquela que visa alcançar maior profundidade de aspectos psíquicos dentro do trabalho psicoterápico. Provavelmente, segundo a autora citada, essa visão seria contraditória às possibilidades de um trabalho em psicoterapia breve.

Melo (1998) realizou um estudo sobre psicoterapia breve de abordagem junguiana que ressalta, entre outras questões, dois aspectos que considero bastante importantes para o trabalho psicológico de curta duração: 1) o resgate da potencialidade criativa sem, inclusive, o objetivo de transformação da personalidade; 2) a autonomia do paciente na continuidade de sua jornada vivencial após o trabalho psicológico. No entanto, a autora referida afirma que o alívio do sintoma e a resolução de uma crise são objetivos pretendidos de uma proposta terapêutica breve. Inclusive, sua discussão sobre psicoterapia breve contempla um trabalho com um número maior que uma sessão. Importante destacar que o estudo desta autora não se mostra dirigido à prática do psicólogo em nenhuma instituição específica, portanto, para o trabalho em hospital, é preciso que seja cautelosamente pensado.

Como já discutido em outro momento, aliviar sintomas não compete à proposta primeira de um trabalho psicológico no hospital, uma vez que a atitude clínica seja seu norte de percurso. Além disso, propor-se a *resolver* uma crise remete a uma necessidade de amplo cuidado para que não se torne uma proposta ambiciosa para um encontro em situação hospitalar, devido a um motivo em particular: a urgência do encontro, geralmente, não está na *resolução* da crise, mas em sua acolhida, clareamento e, quando possível, seu (re)direcionamento de sentido.

Em psicoterapia breve, um foco é delimitado a partir dos conteúdos emergenciais da situação atual do paciente, compreendido como um momento de crise; seus objetivos serão configurados dentro de um tempo proposto como sendo suficiente para que os mesmos sejam alcançados (Hegenberg<sup>43</sup>, 2004; Kahtuni<sup>44</sup>, 1996; Melo, 1998). Kahtuni (1996) considera que

---

<sup>43</sup> Autor orientado pela psicanálise.

<sup>44</sup> Autora orientada pela psicanálise.

o trabalho por meio da psicoterapia breve possui características que não se devem à brevidade de tempo, mas, sim, à sua limitação e, segundo ela, o processo psicológico pode ser programado para, inclusive, algumas horas. Até aqui, pode ser entendido como um trabalho possível dentro do hospital; no entanto, muitos autores concordam com a necessidade de um número definido de sessões para que o foco de conflitos adotado seja construído e trabalhado. Além disso, referem o uso da técnica de interpretação, de ativação de insight, condições para transferência e contratransferência, a presença de motivação para mudança, uma proposta de ampliação e organização egóica, entre outros pontos (Braier<sup>45</sup>, 1991; Cordioli<sup>46</sup>, 1998; Kahtuni, 1996). Nestes últimos aspectos, deposita o reconhecimento de que seja incorreto encaminhar os atendimentos de *setting* hospitalar, de modo a estruturá-los nos conceitos de psicoterapia breve.

Hegenberg (2008)<sup>47</sup> apresenta o conceito de *intervenções psicológicas breves* para denominar o trabalho que o psicólogo realiza em hospitais, o que parece bastante pertinente, especialmente, em contextos de u.t.i., pronto-socorro e enfermaria. O mesmo autor refere que o termo *intervenção* se mostra mais conveniente em hospital do que *psicoterapia*, pois difere deste último no que se refere ao enquadre, sobre o que ele destaca: regularidade de sessões, definição de prazo para o trabalho psicológico e disposição física para o momento do atendimento (frente a frente x divã). Afirma que, no hospital, também existe enquadre para o trabalho psicológico e afirma que, neste contexto, torna-se imprescindível que o psicólogo obtenha clareza da demanda que o paciente lhe apresenta, diferindo-a de queixa e sintoma.

*Consultas terapêuticas*, utilizado por Winnicott<sup>48</sup> (1984), é outro termo que apresenta correspondência com o trabalho do psicólogo em contexto hospitalar. Refere-se a uma modalidade de atendimento que Winnicott realizava com crianças; corresponde a consultas únicas ou de, no máximo, três encontros, onde se pode utilizar o Jogo do Rabisco como instrumento de trabalho (Garcia<sup>49</sup>, 2005). Ainda segundo o último autor referido, foi uma modalidade criada para atender à demanda de uma população que corresponde àquela que atualmente encontramos nos serviços públicos brasileiros: alto índice de procura por atendimento psicológico, número restrito de profissionais, impossibilidade da população em fomentar tratamentos de longa duração. Trata-se, inclusive, de uma forma de trabalho onde o psicólogo possui uma postura interventiva sem objetivos psicoterápicos. Segundo a autora

---

<sup>45</sup> Autor orientado pela psicanálise.

<sup>46</sup> Idem.

<sup>47</sup> Palestra proferida na I Jornada de Psicologia do Hospital Mun. Carmino Caricchio, 05 set. 2008.

<sup>48</sup> Autor orientado pela psicanálise.

<sup>49</sup> Idem.

citada, para Winnicott, o importante era fomentar a espontaneidade e compreender profundamente, e junto com o paciente, a angústia trazida e o que ela comunica naquele atendimento.

Entretanto, uma referência que se revela mais de acordo com o que me proponho a pensar sobre a atuação do psicólogo em hospitais diz respeito ao plantão psicológico, tal como conceituado por Morato (2006) e também discutido por Furigo (2006). Este conceito se mostra mais de acordo porque as autoras não o discutem apenas enquanto tal, mas especialmente como uma modalidade de trabalho que norteia a atitude psicológica, inclusive no hospital. A primeira autora compreende que esta modalidade não diz respeito a uma técnica; ela a entende como *téchne*.

Técnica, em seu sentido moderno pressupõe manejos que visam resultados, implicando, portanto, indicar melhores caminhos para o homem, pautando-se num saber e embasando-se numa teoria, que são colocados a priori. A mesma palavra, em seu sentido originário grego, *téchne*, não pressupõe sistema ou teoria e se orienta por um deixar acontecer a partir da relação com um outro e ao modo, nos limites e possibilidades deste, num determinado momento (Feijoo<sup>50</sup>, 2004).

Para Morato (2006), oferecer um serviço de plantão implica uma disponibilidade que não deve ser confundida com a presença física, nem em termos de tempo cronológico nem de espaço físico. A disponibilidade para a qual ela aponta possui amparo nos princípios do fazer clínico, dentro das ações de atenção e cuidado, sobre as quais, inclusive, o presente estudo encontra concordância. Nesse sentido, o trabalho de plantão psicológico solicita uma atitude clínica do psicólogo frente aos conteúdos que emergem durante o encontro com aquele que o procura em sofrimento; em tal atitude, não se mostra possível definir, a priori, sobre o fazer do psicólogo diante do sofrimento do outro. Seu fazer se dará a partir da experiência do encontro, atentando-se e direcionando escuta e cuidado ao que é demandado pelo paciente.

Mediante essas discussões e ressaltando-se a postura acolhedora para a qual a necessidade do atendimento psicológico no hospital se mostra, torna-se imprescindível, aqui, abordar os conceitos de *acolhimento, ajuda, apoio e suporte*.

Na atitude de acolhimento, necessária ao psicólogo no momento de atendimento breve e, muitas vezes, único, parece-me que deve estar embutida a idéia de que o psicólogo irá auxiliar o paciente a clarear seus aspectos pessoais nele existentes como potenciais, mas,

---

<sup>50</sup> Autor orientado pela fenomenologia.

muitas vezes, bloqueados pela situação de crise e submergidos pela queixa que podem estar obnubilando-o. O psicólogo pode ter um papel fundamental no apoio ao paciente para a mobilização de sua criatividade no seu momento presente, à medida que o mesmo estiver disponível e engajado para tanto (Sakamoto<sup>51</sup>, 2001; Furigo, 2006). Esses potenciais criativos podem mobilizar o paciente para um sentido a seguir, a partir da demanda que puder ser clarificada.

Cordioli (1998) aponta o conceito de *psicoterapia de apoio de curta duração*, tratando-se de uma intervenção utilizada em situações de crises. Adotam-se medidas imediatas de modificação do ambiente externo, buscando o alívio dos sintomas e a restauração do equilíbrio antecedente à situação de crise. Nessa intervenção, segundo Cordioli (1998) e Fiorini<sup>52</sup> (1982), o psicólogo se coloca numa postura apoiadora, ativa e encorajadora, utilizando-se de elogios e técnicas comportamentais, de respiração e de relaxamento para o controle da ansiedade. Este tipo de técnica pode ser utilizada por psicólogos em hospitais; no entanto, não foi possível encontrar correspondência quanto às perspectivas de trabalho abordadas no presente estudo, no que diz respeito à atitude clínica tal como já definida anteriormente.

A palavra apoio esteve sempre ligada a uma postura desvalorizada na Psicologia, por remeter à idéia de um trabalho voltado à tendência de “não contrariar”, de reforçar a pessoa no que ela apresenta, de simples desabafo ou “bom papo” (Furigo, 2006, p. 83). Isso se deve a uma presença crescente no campo da psicoterapia por profissionais não aptos para o trabalho baseado no referido conceito (Furigo, 2006; Cordioli, 1988). Originalmente, psicoterapia de apoio parece estar ligada à proposta inicial de Carl Rogers sobre atitudes de empatia e aceitação (Furigo, 2006).

Cordioli (1998) afirma que o fator de apoio está presente em diversos tipos de trabalho psicológico. Mostra-se importante recorrer ao sentido etimológico da palavra apoio para que seja possível discuti-la dentro da orientação do presente trabalho.

A palavra apoio origina-se do latim *adpodium* e significa sustentáculo, esteio, indicando amparo ou encosto. Seu sentido figurado seria proteger, auxiliar. Apoiar seria uma derivação do latim *appdiare*, significando sustentar por meio de um apoio, tendo o sentido figurado de fundar ou confiar (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999).

---

<sup>51</sup> Autora orientada pela psicanálise.

<sup>52</sup> Autor orientado pela psicanálise.



A palavra suporte, que diretamente se relaciona a apoio, vem do francês *support* e indica colocar um objeto debaixo de outro para sustentá-lo ou firmá-lo. Suportar, do latim *supportare*, significa sustentar, ter sobre si, tolerar, permitir (Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa, 1999), ou, ainda, encorajar, proteger, assistir, estar presente, servir como um apoio que direciona a um desenvolvimento (Merriam-Webster, 2002). Suporte seria, então, o que serve de apoio no trânsito do percurso hospitalar, no sentido de oferecer confiança e sustentação que favoreçam o mesmo.

Nesses termos, para se trabalhar dentro de uma atitude de apoio ou suporte psicológicos é preciso ter o cuidado de não servir como um escoramento que inviabiliza a autonomia e o livre arbítrio do paciente e fomenta a dependência.

Em momentos de discussão destas questões em supervisão, recebi de presente uma imagem que me clarificou largamente o que seria oferecer apoio ou suporte a um paciente no hospital. Mostra-se interessante compartilhá-la aqui. Trata-se da imagem de uma pessoa com o braço estendido e sua palma da mão servindo de base a um passarinho, impulsionando-o, com confiança, a alçar vôo e retornar à natureza.

Esta me pareceu uma imagem delineada por beleza e poesia, mas também envolta de uma função simbólica bastante forte e conectiva à figura do psicólogo dentro do contexto hospitalar.

Refletindo sobre esta imagem, é possível pensar que impulsionar o pássaro não seria no sentido de incentivá-lo a voar, pois, quando incentivo algum comportamento, posso estar reforçando algo que não necessariamente seja bom para o sujeito. Ofereço, pelo contrário, acolhimento e apoio àquela situação, com a confiança de que ele é capaz de retomar *vôo* e seguir adiante.

Apoiar e dar suporte podem ser pensados, então, no sentido de estar junto. Nem em cima nem embaixo nem ao lado, pois qualquer uma destas imagens pode dar brecha a outras diversas que possam sugerir dependência. Podemos pensar em, simplesmente, estar junto. E a imagem de apoio ao pássaro é a que mais me guia para essa atitude, no momento. Nessa atitude de impulsionar o passarinho a voar de volta à sua vida, a pessoa não necessariamente estava embaixo do pássaro, sobre ele ou ao seu lado, mas estava simplesmente ali, junto dele, oferecendo e utilizando sua mão como um suporte para apoio e confiança.

A palavra ajuda – *helpen* (do inglês medieval), *helpan* (do inglês arcaico) ou *adjutare* (do latim) – pode significar suporte, auxílio ou apoio. No entanto, também pode remeter a

sinônimos de cura, remédio, alívio ou consolo; ainda sugere uma fraqueza ou insuficiência de quem é ajudado (Merriam-Webster, 2002) e, nesse sentido, não corresponde à atitude clínica que constantemente ressalto. Consequentemente, escolho não utilizar a palavra ajuda a fim de não abrir possibilidades para equívocos.

Nesse sentido, o psicólogo servirá ao que for possível e necessário no momento. Seja a uma atitude de apoio, suporte, orientação, escuta reflexiva ou até mesmo de conselho, se preciso o for. O ponto importante para pensarmos é que nem uma destas atitudes é o seu objetivo primeiro de trabalho, mas se tratam de caminhos possíveis para tanto.

Acredito que o curto passeio que realizei entre diferentes conceitos e referenciais sobre a questão da brevidade de tempo pode oferecer maiores esclarecimentos e direcionamentos para o presente trabalho. Pude encontrar conceitos que se aproximam de minhas reflexões e considero que a modalidade de plantão psicológico contempla a proposta do presente estudo. Utilizarei esta modalidade enquanto apoio para pensar a atitude do psicólogo no hospital; entretanto, não adotarei seu conceito enquanto denominação para meu percurso. Não o farei, simplesmente e todavia, por pensar que possa gerar confusão pelo fato de minha proposta de trabalho não corresponder a um plantão, no sentido de que não proponho uma escala de horários pré-determinados para disponibilização do serviço psicológico – apesar de Morato (2006) considerar que a disponibilidade fomentada no plantão psicológico não deva ser confundida com tempo e espaço, como já mencionei.

Ainda não há uma definição pré-estabelecida e totalmente de acordo com a prática do psicólogo no hospital. Trata-se de um assunto que, para fins de conceituação e definição, exige um estudo mais aprofundado que não cabe aqui realizar. Sem a intenção de propor uma nova terminologia, mas para apenas direcionar o estudo, adoto o termo *escuta reflexiva* ou trabalho de *pronta-escuta psicológica* para me referir à modalidade de trabalho que realizo em hospital, de acordo com a discussão sobre a atitude clínica que tomo como base para este trabalho.

O termo pronto atendimento é utilizado por Furigo (2006) e refere-se ao atendimento realizado em situação de urgência e emergência psicológica no hospital. No entanto, prefiro também não adotar esse termo porque não pretendo que a proposta de prontidão psicológica seja confundida com um pronto atendimento tal como o de cunho médico; ou, inclusive, com um atendimento imediato a qualquer pedido encaminhado à Psicologia, conforme discutido anteriormente sobre atendimento à demanda no hospital.

O termo pronta-escuta psicológica me parece sugerir uma prontidão de escuta e acolhimento à urgência e emergência psicológica e, não necessariamente, de atendimento à solicitação de ajuda psicológica. Isso, no sentido de que o psicólogo pode acolher aos pedidos de consulta, mas não necessariamente os atenderá, pois a atenção psicológica será dirigida à demanda de quem o solicita – conforme já abordado em outro momento.

Jung (1971/1985) já havia reconhecido a possibilidade de que alguns casos necessitem de uma única consulta, sem retirar-lhe a importância da relação dialética. Jung pareceu admitir que a demanda apresentada pelo paciente é que deveria indicar-lhe a necessidade de um número maior ou menor de sessões, e não os pressupostos do analista.

Se no processo psicoterápico de longa duração não há a pretensão de transformação de personalidade, de acordo com os pressupostos de Jung (1971/1985), isso não deve ser diferente nos atendimentos de um único encontro, obedecendo-se o caminho próprio e particular de individuação do paciente. Nestes, o paciente deve continuar *sendo e tornar-se a ser* o que ele é, de fato.

Imprescindível dizer que é preciso que o psicólogo tenha paciência para aquilo que não lhe cabe ou não lhe é possível *curar* (Jung, 1971/1990). Não tendo no hospital *todo o tempo do mundo* para o trabalho psicoterapêutico necessário ao tempo do paciente à sua cura, é preciso recobrar a paciência para admitir que o que o paciente “gostaria naquele momento é de um padre, não para pregar sermões e querer converter, mas que ouça, obedeça e leve esse estranhíssimo assunto à presença de Deus, a fim de que Ele decida” (Jung, 1971/1990, p. 122).

Mostra-se importante discutir brevemente o significado da palavra cura que, originalmente, significa cuidado de almas (*cura*, do latim medieval), porém, também é utilizada como sinônimo de recuperação de uma doença ou remissão de seus sinais e sintomas (Merriam-Webster, 2002), o que pode sugerir a idéia de extirpação de um mal ou incômodo, em vez de um cuidado sob atenção debruçada. Edinger (2006) refere o conceito etimológico de cura, remetendo-se à sua origem grega, *therapeuein*, que significa “serviço aos deuses” (p. 22), pois, inicialmente, a cura ocorria num contexto sagrado. Este último autor considera, portanto, que o significado etimológico da palavra psicoterapia seja “serviço à psique” (p. 22).

Entendendo esses conceitos, é possível pensar que haverá encontros onde nada será possível de se *fazer* em termos de alcance de resultados. Nestes, a possibilidade pode se limitar a simplesmente escutar e respeitar o tempo do paciente que excede o daquele encontro

ou sessão, para elaboração ou clarificação de sua própria necessidade de escuta. Acredito que, nesse sentido, o psicólogo estará à serviço da psique e, portanto, da cura no seu sentido etimológico.

E estar à serviço da psique, significa, inclusive, respeitar o próprio tempo que a vida precisa para que os acontecimentos e possíveis “soluções” ou dissoluções se desenrolem ou se desencadeiem. A palavra solução encontra entre aspas para chamar-lhes a atenção para a idéia de que, devido à efemeridade da vida, torna-se pouco provável que algum problema se resolva por completo e definitivamente. Inclusive, a própria palavra solução remete a uma outra, advinda da alquimia: *solutio*, que significa solver, diluir.

Muitas vezes, para que um conflito encontre seu rumo de enfrentamento e “solução”, torna-se necessário que o tempo – e a própria psique - se encarregue de direcioná-lo. Isso não quer dizer que o paciente se torne passivo mediante o conflito, mas sua abertura de consciência para com ele, bem como uma atitude de atenção, pode ser o movimento necessário para seu desfecho (Perrot, 1998). Em muitos casos,

a luz da consciência e o calor que ela produziu fizeram literalmente o problema amadurecer. Em termos alquímicos, o fogo brando, mas constante, do atamor (fornalha de alquimista) fez eclodir o ovo filosófico e nascer o pintainho dourado, que é o ser humano dotado de energia renovada. (Perrot, 1998, p. 38)

DeMarco (2003b) discute a capacidade de auto regulação do corpo que corresponde, inclusive, à idéia de Jung sobre a psique. Nossa psique reage, através de sonhos, por exemplo, como uma forma natural de auto-regulação, assim como nosso corpo faz quando algo nele se mostra dissonante em relação ao seu funcionamento natural (Jung, n.d./1997).

Nesse sentido, o corpo

tem sua própria sabedoria e capacidade de equilíbrio e restauração que inspiram as máximas hipocráticas *vix medicatrix naturae* e *primum non nocere* que indicam a importância concedida aos fatores naturais e da atitude do profissional no sentido de estimular e favorecer ou, pelo menos, não atrapalhar o processo natural. (DeMarco, 2003b, p. 17)

A questão do tempo relativo, o cronológico e físico, pode ser conciliada com a presença atemporal da figura do psicólogo que desvela zelo e solicitude, a qual, portanto, possibilita a experiência do tempo psíquico, o da continuidade (Fierz, 1997). Obviamente, o psicólogo precisa de uma programação, uma estrutura – um tempo relativo –, mas se compartilha as experiências e a evolução de seus pacientes, também experimentará o tempo absoluto. Isso, a depender da qualidade do encontro psicológico obtido que, à medida que promover o olhar zeloso e solícito e possibilitar a conscientização e o clareamento de possibilidades de autonomia da auto-responsabilização e do cuidado, fomentará a fogueira de Héstitia acesa no encontro experimentado entre psicólogo e paciente, tornado a figura do

psicólogo sempre presente, porém, introjetada. E, sendo introjetada, passa a fazer parte, agora, de aspectos próprios e internos do próprio paciente, à sua maneira de ser.

O fenômeno tempo não precisa ser visto como algo ameaçador ou negativo no hospital, pois o tempo relativo e, portanto, mensurável, concilia a transitoriedade das experiências no hospital e possibilita o acontecer das relações e o conciliamento delas – no trabalho em conjunto, por exemplo, neste contexto (Fierz, 1997).

O psicólogo sempre estará ali presente, mesmo que não física e temporalmente, “se o espírito correto for introduzido – *e perpetuado* – na clínica, cada momento contribui para isso, cada aceno de cabeça, ou rápido aperto de mão, cada pequeno indício de que o médico e o paciente estão juntos” (Fierz, 1997, p. 53), médico, aqui, sendo entendido como qualquer profissional, inclusive, e necessariamente, o psicólogo.

“No contínuo do tempo da vida, a máxima de Pestalozzi mantém-se verdadeira: ‘É preciso esperar com paciência e altruísmo, que, com o tempo, se verão os resultados’. Siga este conselho e você sempre estará presente na hora certa.” (Fierz, 1997, p. 53 e 54).

E esse estar presente pode ser objetivado por meio da atitude clínica que perpetua atenção, valoração e cuidado. Portanto, o estar (sempre) presente pode vir a ser por meio de uma postura tal que se vivifica por um outro.

Segundo Jung (1971/1990), para os alquimistas, “a realização da obra não se fazia só com trabalho de laboratório, com leitura de livros, meditação e paciência, mas que dela também fazia parte o amor” (p. 144, § 490). O que seria, então, o amor no encontro psicológico?

O amor concedido ao paciente parece estar pautado justamente por esta concepção discutida há pouco, cuja paciência e respeito pelo outro extrapola as possibilidades da sessão terapêutica. Ou seja, aqui cabe considerar a humildade do psicólogo para admitir que o paciente faz parte do mundo e não é produto apenas do processo psicológico. Portanto, não será apenas da terapia que ele alimentar-se-á e desenvolverá condições para o continuar de sua individuação.

Além disso, o amor estará presente na relação entre psicólogo e usuário – sendo, este último, membro da equipe ou paciente – a partir da atitude deste primeiro em devolver ao outro a tarefa de seu auto-cuidado. Desse modo, Eros estará fluidificando qualquer brecha de poder. Ou seja, com essa atitude de amor mencionada, qualquer suposição de poder será diluída e o restituirá a quem cabe de direito: ao usuário, por exemplo, cabe o poder de ser

responsável e de se apropriar de sua necessidade de cuidado, bem como de resgatar o poder da sua autovalidação para sua restituição de sentido e valor (Silva & Freitas, 2009).

Eros é o solvente universal desta sombra que acompanha o analista até o resto da vida. Sempre que o analista petrificar, ficar surdo ao seu inconsciente e do seu paciente, quando a individuação não mais o tocar, sempre restará a possibilidade de ser ferido pela flecha do cupido mais uma vez. (Seibel, 2006, p. 26)

O tempo do psicólogo no hospital parece obedecer a Kairós, no sentido de algo que precisa de um tempo de preparo para “dar o ponto” e que pode ser muito rápido ou demorar além do previsto. Nesse sentido, para o encontro psicológico há o tempo kairótico para o amor se assentar e se cumprir, inclusive. Isso nos lembra que a lareira de Héstia deverá estar sempre acesa na moradia do psicólogo no hospital. É no acolhimento propício para a desobstrução dos sentidos que o psicólogo pode surgir/se apresentar. A preocupação não deve ser tomada no sentido daquilo que se oculta, pois a demanda não se esconde, ela sempre está presente, mas pode não ser percebida. É como uma janela que sempre está lá, mas pode não ser percebida porque uma cortina foi colocada à sua frente e chama mais a atenção do que está por entre o quadro da janela.

O tempo associado a Héstia não é o dos ponteiros do relógio, o do cumprimento das tarefas e prazos. Pelo contrário, o psicólogo regido por esta deusa estará sempre envolvido pelo tempo, em vez de desafiado por ele (Freitas, 2005a). Estará absorto nos encontros sem se perder de si mesmo, quando também trazer Hermes à sua companhia, pois este possibilita retornar, inclusive, à necessidade de respeitar os limites do contexto hospitalar e, inclusive, do tempo cronológico e do calendário.

Von Franz nos lembra de que os processos alquímicos “não acontecem sempre espontaneamente, mas só no momento astrológico certo; ou seja, se estou trabalhando com prata, a lua, que é o planeta da prata, deve estar na posição certa” (1999, p. 32). Sendo assim, o momento Kairós refere-se àquele em que as coisas acontecem na sua ordem devida, ou seja, no momento oportuno para o bom funcionamento da operação química. A autora ainda nos alerta que “o alquimista é o homem que não só deve conhecer a técnica mas também tem de observar sempre essas constelações” (p. 32).

Kairós é o tempo da descontinuidade, da ruptura, da diferença, não havendo uma linearidade de acontecimentos sucessivos na temporalidade (Maroni, 2007). Esse parece ser o tempo vivenciado pelo paciente hospitalizado, pois uma ruptura em seu cotidiano tira-o da continuidade temporal que estava sendo por ele prevista. É nesse tempo que o psicólogo precisa entrar para se dispor ao encontro com essa pessoa. Trata-se de um encontro que

*acontece* na descontinuidade, marcando um instante entre o antes e o vir-a-ser que ainda não se revelou.

Os que habitam o tempo kairótico não podem determinar antecipadamente o tempo certo para então agir. Eles aguardam um futuro desconhecido e se preparam para responder. A resposta, aliás, é vital, já que no tempo kairótico o presente não está predeterminado e plenamente formado; antes, o presente é oportunidade e desafio: é um tempo aberto para o novo. (Maroni, 2005, p.35)

A resposta, dentro do tempo kairótico, está aqui sendo entendida como a uma reação a um estímulo ou, em outras palavras, um caminhar em direção a um sentido desvelado. Não deve ser pensada como um solução a um enigma porque responder não precisa significar resolver. Responder a algo pode ser entendido como a terra que recebe a semente e lhe dá o tempo e a continência possíveis para o *devenir*.

Segundo Maroni (2005, 2007), as expectativas da era moderna eram de que as pessoas construíssem uma identidade, amparadas na ordem social, cuja permanência e continuidade fossem o ideal de vida. A pós-modernidade trouxe a ruptura e a descontinuidade. O estado psíquico tornou-se o da incerteza.

Tornou-se preciso “esquecer para se manter todo o tempo conectado a novas imagens e a novas possibilidades que serão apresentadas e reivindicadas pela lógica do consumo” (Maroni, 2005, p. 35).

As identidades, agora, são “instantâneas”, ou seja, a construção do indivíduo se dá não mais “sistematicamente, de grau em grau e de tijolo em tijolo” a partir de um esquema que se segue (Maroni, 2005, p. 34). Agora, são *estados* experimentados e vivenciados numa sequência temporal e atemporal de instantes que constituem uma vida e que parecem dar sentido à lógica vigente.

Nessa linha de entendimento, o atendimento por meio de encontros psicológicos, também seguindo uma lógica kairótica, delineia um novo sentido para o trabalho psicológico no hospital, onde a ordem que impera, emocionalmente, parece ser a do caos.

O trabalho de pronta-escuta psicológica tem em mãos a preciosidade do encontro com o tempo kairótico, tempo interno do indivíduo, pois se trata de um momento quando questões cruciais são mobilizadas pelo self e sua condição para abrir-se para novas direções pode estar potencializada por meio da crise (Furigo, 2006).

Furigo (2006) sugere o aspecto de sincronicidade existente nesse encontro. Levando isso em consideração, ponho-me a concordar com a autora, pois no hospital, o atendimento

psicológico geralmente é oferecido ao paciente num momento de crise, podendo haver uma sincronicidade em sua emergência com a oferta do serviço.

O tempo cronológico nos atendimentos psicológicos em hospitais não deve possuir uma delimitação definida, variando de acordo com as necessidades do encontro e com a limitação pessoal de tempo kairótico do psicólogo. Ou seja, um tempo cronológico demasiadamente extenso, como, por exemplo, superior a duas horas, sobrecarrega a disponibilidade interna do psicólogo para a escuta. Essencialmente, é importante respeitar isso. Pode, portanto e no entanto, variar de quinze minutos – inclusive, levando-se em conta as inusitadas interrupções hospitalares –, a duas horas ou mais. Além disso, importante considerar que os encontros podem se repetir para uma sequência de um trabalho: exemplo, um primeiro contato com o paciente, um outro contato com a equipe, um retorno com o paciente por alguma questão pendente no atendimento anterior, um novo contato com a equipe e, assim, por diante.

Furigo (2006) também considera que nesse tipo de trabalho o tempo cronológico deve ser variável.

A vida é um ciclo de mudanças constantes (Linehan, 2004, citado por Furigo, 2006). A cada atendimento, o paciente já não é o mesmo do atendimento anterior, pois sua vida continuou a ser vivida. Ela não parou desde o último atendimento psicológico até que o próximo pudesse ser realizado. A vida está em constante fluxo. A cada encontro, o paciente pode voltar em outro ponto, não necessariamente, no mesmo ponto anterior; isso é válido mesmo para processos a longo prazo.

Especialmente no hospital, o encontro entre o psicólogo e o paciente sempre será único, mesmo que novos e outros encontros se sucedam, sendo necessário que não se perca isso de vista, pois num outro encontro a demanda também pode ser outra, em busca de um novo sentido, uma vez que a vida se movimenta continuamente. Nesse sentido, acredito que isso possa ser pensado mesmo naqueles processos psicológicos com perspectivas a longo prazo.

Outro aspecto importante para ser refletido é o de estarmos sempre conscientes de que, assim como a análise não é o caminho ideal para toda e qualquer pessoa (Jacoby, 1987), o trabalho de pronta-escuta psicológica também não o é. Por isso, continua sendo uma oferta de escuta ao paciente que pode recusá-la e, ao aceitá-la, pode aproveitá-la da maneira como lhe for possível e de sua escolha no momento em que o encontro acontece. Ou seja, o paciente



pode preferir continuar apenas conversando com amigos, pode escolher ir a um templo religioso, ou pode simplesmente não querer conversar com ninguém. Além disso, ele pode aceitar conversar com o psicólogo e, ainda assim, não querer ou não estar em condições naquele momento de incidir luz à sua demanda e vislumbrar novo(s) sentido(s). Penso, inclusive, que nenhum destes caminhos deve ser considerado como o melhor caminho em relação a quaisquer outros; trata-se, simplesmente, de uma escolha que o paciente faz, usufruindo de seu livre-arbítrio, de acordo com o seu momento e possibilidade de vida.

#### *6.5 E, numa “esquina”, o encontro: discutindo individuação e relação terapêutica no hospital*

A relação entre paciente e psicólogo implica sentimento de empatia ou antipatia. Quando há simpatia, é possível dizer que o *rapport* se estabeleceu (Fierz, 1997). Para este autor, a antipatia impede o trabalho psicológico, pois não há uma concentração espontânea de afinidades. Esse processo pode ser comparado a um processo alquímico, onde pode haver a combinação entre determinados elementos químicos, o que nas relações chamamos de afinidade.

Para Fierz (1997), o *rapport* espontâneo não basta, o mesmo precisa ser constantemente renovado, fomentado e preservado na relação analítica. A partir do *rapport* é que a transferência e contratransferência se estabelecerão.

O psicólogo deve se relacionar com a pessoa que o paciente é, portanto, com sua “verdade”. O vínculo se dará a partir disso e a depender do modo como os acontecimentos que o trouxeram ao encontro psicológico forem vistos e entendidos. O psicólogo “precisa encarar a doença do paciente não apenas como clínico, mas também da maneira como um poeta poderia descrevê-la quando narra a vida de uma pessoa” (Fierz, 1997, p. 250). Ou seja, o paciente deve ser acolhido de uma maneira espontânea enquanto a pessoa que é: como ser inteiro, dotado de preocupações e que leva ao encontro psicológico as angústias de acontecimentos que denotam uma crise em seu momento de vida. A poesia do paciente naquele momento transitório do encontro, isto é, naquele momento de passagem, onde a

individuação do paciente e a do psicólogo se cruzam, precisa ser considerada e essa poesia fala de um evento que marca uma experiência que pede clareza, reconhecimento e direcionamento .

Então, queres ser salvo!  
 E salvo poderás ser,  
 Mas não transformado em novo homem.  
 O que foste certa vez não é mais, E aceitarás a responsabilidade  
 Do que tens em ti para ser? (J. W. von Goethe, citado por Fierz, 1997, p. 313)

Jung (1971/1990) leva em conta o provérbio alemão que diz “aquilo que enche o coração transborda pela boca” (p. 03, § 262), considerando que, para o ser humano, verbalizar sobre uma experiência afetiva, o que corresponderia à ab-reação, é algo que lhe é necessário, como uma maneira de buscar o esgotamento da intensidade da vivência que, muitas vezes, lhe foi traumática. Jung (1971/1990) refere-se à afetividade com algo que afeta os complexos e que promove uma reação emocional.

Segundo Jung (1971/1985), os conteúdos que permanecem ocultos ou contidos possuem tamanha força no indivíduo que começam a desenvolver como que uma vida própria, sejam de origem consciente ou inconsciente, formando-se os complexos.

No entanto, Jung (1971/1990) ainda afirma que a ab-reação não é o que garante a cura do incômodo gerado por uma experiência de forte vivência emocional. Ele considera que essas experiências provocam a dissociação da psique, no sentido de que os complexos são ativados e ganham autonomia. Ou seja, manifestam-se indiferentes à vontade e incidem sobre a consciência.

A presença do psicólogo se mostra essencial para que a ab-reação tenha um efeito importante no paciente, no sentido de que o paciente possa enfrentar seus conflitos em companhia de alguém que se coloca como uma figura disponível para tanto e que lhe garanta confiança e apoio para que possa resgatar em si suas possibilidades de enfrentamento (Jung, 1971/1990). O efeito terapêutico da ab-reação, segundo Jung (1971/1990), garante-se sob a condição da presença do psicólogo e no sentido anteriormente mencionado, não sendo, portanto, uma mera descarga de tensão. Seu efeito terapêutico será, não necessariamente, a integração da psique, mas pode levar o paciente a uma maior conscientização de seus complexos, o que o aproxima de uma apropriação e, posteriormente, de uma melhor convivência com os mesmos. Inclusive, Jung (1971/1990) alerta que a integração do inconsciente só será possível na medida das possibilidades do “eu”.

Jung (1971/1990) ressalta que tanto no método catártico da ab-reação quanto no método analítico o ponto básico de trabalho está na relação entre psicólogo e paciente. Nesse sentido, podemos considerar o método catártico como sendo paralelo às situações de prontas-escuta psicológica que experienciamos no hospital, no sentido de corresponderem a repetições verbais de situações experienciadas pelos pacientes. E, tal como afirmado acima, não se tratam, necessariamente, apenas de uma descarga verbal – inclusive, não apenas verbal, pois as emoções também afetam o físico – de tensão, mas de uma tentativa compartilhada de busca de clareza e direcionamento para o enfrentamento do que poderíamos continuar chamando de complexos.

Podemos traçar um paralelo dessa relação terapêutica com a idéia alquímica de *coniunctio*, no sentido da atração química entre dois elementos e que dela surge um terceiro: a relação (Jung, 1971/1990). Essa relação se qualificará justamente pela possibilidade de ligação entre ambas individualidades e a reação química que dela surgirá só dependerá desse encontro entre os dois elementos naquele momento. E, conseqüentemente, ambos estarão afetados um pelo outro enquanto se presentifica a reação.

Jung (1971/1990) afirma que é a falta de uma relação tal como a terapêutica, no sentido de que o psicólogo precisa “penetrar a alma do paciente” (p. 05, § 276), que provoca o sofrimento do mesmo. Nesses termos, a transferência seria uma tentativa do paciente de estabelecer uma relação humana verdadeira (Jacoby, 1987). Com o psicólogo, experimenta uma conexão afetiva a fim de lhe confiar suas dores.

Fierz (1997) compara o sofrimento do paciente com o *opus alquímico* a partir da imagem da nigredo. Segundo Jung (1944/1991), nigredo é a primeira fase do processo alquímico, correspondendo, portanto, ao estado inicial da *prima matéria*. Significa um estado de caos inicial, onde todos os elementos estão ainda numa mesma massa integrada (Jung, 1944/1991). E é nesse estado caótico inicial que se inicia o *opus alquímico*, ou seja, o trabalho do indivíduo em busca de sua grande e maior obra: seu si-mesmo (Edinger, 2006; Jung, 1944/1991). Esse trabalho corresponde ao processo de individuação. Com esse paralelo, Fierz (1997), explicita que a preocupação do paciente deve ser também a do psicólogo no momento do encontro. E ambos se debruçam em cima de um caos inicial do qual algo está para emergir, a partir de um processo que possui como base o não saber e o interesse em clarear.

Para Fierz (1997), a situação psicológica consiste naquela em que haja condições para a experiência do “tu” (p. 129), que é o terceiro elemento que surge dessa relação, desse

encontro alquímico. Para esse autor, a reação do psicólogo pode promover o reconhecimento e clarificação do paciente de seus próprios conteúdos, pondo em movimento o processo psíquico. Importante se mostra nesse ponto refletir sobre como poderiam se dar essas reações do psicólogo. Elas podem ser, por exemplo, desde uma atitude de paciência ou compreensão, passando por reações de surpresa ou alegria, por exemplo, até uma intervenção junto à equipe e/ou à família do paciente, ou um movimento voluntário na cena da caixa de areia, para dar um exemplo.

Segundo Jung (1971/1990), a transferência corresponde a projeções que o paciente faz sobre o psicólogo, a partir de figuras que tiveram influência em sua história passada, especialmente as parentais. Nesse sentido, Jung não difere de Freud no entendimento da transferência (Jacobi, 1987). Mas, ele prossegue. Para ele, acolher essas transferências se torna importante para o paciente, pois o motiva a confiar ao psicólogo sua intimidade. Nesse sentido, a relação construída é ilusória; no entanto, o paciente, ainda assim, busca uma relação humana com o psicólogo para que a mesma não aprofunde no “vazio” e para que não se perca sua referência na relação real entre duas individualidades (Jung, 1971/1990). Para Jung, esse trabalho redutivo é necessário e precisa ser respeitado o tempo do paciente para que a relação transferencial seja por ele reconhecida e conscientizada, o que, posteriormente, o levará a se relacionar com a pessoa do psicólogo em igualdade de condições de valor pessoal e de aceitação.

De acordo com Jacoby (1987), transferência e contratransferência não são sinônimos de relação terapêutica. Isso, porque, para ele, uma situação terapêutica pode revelar um relacionamento verdadeiro e autêntico sem que, necessariamente, contemplem uma transferência ou contratransferência.

Jung (1971/1990) ressalta que é impossível exigir que haja transferência numa relação terapêutica, sendo apenas um dos fatores desta e não seu elemento indispensável. No entanto, considera que a transferência não pode simplesmente ser evitada, pois é a base de todo processo psicológico.

Na minha experiência com o trabalho de pronta-escuta psicológica no hospital, não considero imprescindível alcançar interpretações e avaliações em torno da transferência, pois esses aspectos não surgem, prioritariamente, como relevantes dentro do contexto do qual faço parte. Porém, não deve ser desconsiderada a existência de uma relação transferencial em situações hospitalares. Inclusive, julgo importante ressaltar que a transferência é um termo

técnico adotado para as projeções que ocorrem numa relação com o psicólogo ou terapeuta, no entanto, tais projeções não deixam de existir também em outros tipos de relações humanas (Jacoby, 1987). A diferença é a maneira de reconhecê-la e abordá-la que faz dela um fator terapêutico ou não. O que se mostra importante de ser apontado, antes de qualquer coisa, é que considerar a transferência numa situação de atendimento breve e que, muitas vezes, é único, significa tocar em conteúdos que, via de regra, não correspondem, necessariamente, à demanda (no sentido já esclarecido em outro momento deste trabalho) que o paciente traz ao psicólogo que trabalha em hospital. E, nessas situações, a questão que me fica é: “que fazes *tu* com a transferência?” (Jung, 1971/1990, p. 45, itálico do autor).

Difícilmente, ela se mostra perceptível nos encontros de pronta-escuta psicológica, na minha experiência em hospital. Concordo com Jung (1971/1990) quando ele afirma que “a transferência está longe de ser um fenômeno claro e preciso e em hipótese alguma se consegue descobrir de antemão tudo o que ela significa” (p. 44).

Claro que projeções carregadas de dependência materna e paterna em hospital são muito comuns, pois existe uma cultura de que o paciente está no hospital para que seja curado e que seu problema seja extirpado. Costuma ocorrer uma regressão. O paciente, geralmente, não é motivado a ser participante e responsável em seu tratamento hospitalar.

No entanto, essa é uma projeção à instituição e não necessariamente à figura do psicólogo. Sobre sua relação com este, é possível considerar que haja uma afetação do momento, levando-se em conta o sentido que o próprio Jung utilizou em menção feita anteriormente e, que aqui pode ser completada, referindo-se ao sentido de uma experiência emocional que afeta os sentidos e promove uma *coniunctio* dentro das possibilidades do encontro.

Apesar de não considerar pertinente a abordagem da transferência, em termos de projeções de figuras passadas, em situações de atendimentos psicológicos na minha experiência em hospital, não deixo de considerar a existência de uma inter-relação entre conteúdos conscientes e inconscientes no encontro entre paciente e psicólogo. Isso, no sentido de que Jung (1971/1990) refere à ativação inconsciente mútua entre conteúdos ativados na relação terapêutica. Também não posso deixar de considerar a relação transferencial, em termos de afetação recíproca, com o paciente. Imprescindível, inclusive, ressaltar que não desconsidero a possibilidade de que outros psicólogos que atuem em hospitais se utilizem de interpretações da transferência no seu trabalho com o paciente.

Conforme já mencionado, o trabalho do psicólogo, a priori, fundamenta-se a partir de si mesmo, como seu recurso primordial de trabalho. Portanto, sua própria experiência e dimensão interior que o faz de si a pessoa que ele é, o situará em seu *ethos* e guiará um sentido de persona profissional.

Ser psicólogo é uma “vocação”, um chamado “a serviço da alma” (Bonaventure, 1997, p. 16).

Para conhecer o que é alma, e só assim o será possível, o psicólogo precisa se relacionar e se confrontar com seu mundo interior (Bonaventure, 1997). E isso será possível por meio de sua experiência de vida, que implica uma relação consigo e com o mundo, com consciente disposição e disponibilidade para olhar para dentro de si, reconhecendo e refletindo sobre suas próprias experiências, sentimentos, pensamentos, reações e desejos que o constituem como a pessoa que é, e que, portanto, constituem sua alma.

Desse modo, o auto-cuidado do psicólogo consigo, em termos de conteúdos e vivências psicológicas, mostra-se fator imprescindível para seu trabalho. Pois, se ele é o seu mais importante instrumento de trabalho, não pode deixar de dispensar atenção e cuidado àquilo que lhe diz respeito (Jung, 1971/1990). Aliás, nas palavras do próprio Jung (1971/1990), “a relação com o si-mesmo é ao mesmo tempo a relação com o próximo. E ninguém se vincula com o outro, se antes não se vincular consigo mesmo” (p. 100, § 445).

A transferência do paciente sempre afeta o psicólogo e, conseqüentemente, provoca uma contratransferência, pois aciona conteúdos da psique do psicólogo (Jung, 1971/1985). Por isso, este também deve cuidar de seus próprios conteúdos e questões pessoais.

Jacoby (1987) complementa essa discussão, afirmando que, ao realizar sua auto-análise, o psicólogo reduz o risco de suas próprias projeções desprovidas de coerência sobre o paciente e se torna mais consciente de suas próprias fragilidades.

Um exemplo disso é o psicólogo aceitar as solicitações de ajuda do paciente e começar a fazer por ele o processo psicológico. No entanto, se o psicólogo tem clareza de que sua função não é curar, ele terá melhores condições de estabelecer uma relação mais benéfica para com o paciente, explorando aspectos do arquétipo do curador ferido (Jacoby, 1987).

Jung considerava, segundo Jacoby (1987), que o psicólogo não deveria se abster de ser afetado pelo paciente. Em contrapartida, caber-lhe-ia estar ciente, aceitá-la e obter a maior clareza possível dessa afetação e para onde ela indica direção.

Jacoby (1987) considera importante que o analista tenha percepção de como é afetado pelo paciente, antes, durante e depois da sessão analítica. No caso do trabalho em hospitais, penso que essa importância se mantém e que o psicólogo possa refletir a respeito por, especialmente, dois motivos, tais como: 1) na tentativa de separar e ter clareza daquilo que lhe pertence e o que é do outro; 2) como forma de aprimorar seu fazer psicológico. Além disso, vale a pena considerar a relação transferencial e contratransferencial que ocorre entre o paciente e a instituição. Torna-se pertinente que o psicólogo esteja atento também para esse aspecto, de forma a clareá-lo para o paciente e a equipe, quando se mostrar pertinente e, inclusive, para não assumir para si a responsabilidade de aspectos que, independentemente de sua figura profissional, competem à instituição. O psicólogo está imerso, portanto, num campo interacional mais amplo do que aquele que se estabelece na relação terapêutica, uma vez que está envolto por transferências e contratransferências das quais a instituição também participa.

Segundo Jacoby (1987), a perspectiva junguiana é a de que o psicólogo se autorize a reagir espontaneamente ao que a situação psicológica *pede*. Isso, especialmente, porque serão sempre situações únicas e que, portanto, lhe possibilitam e requerem uma atitude criativa diante do que o encontro oferece, afirma o próprio autor.

Fierz (1997) utiliza um exemplo em que manifestou reação de desconfiança para com uma paciente internada com diagnóstico de depressão. Compreendendo que a mesma poderia tentar suicídio, propôs que uma enfermeira ficasse com a mesma durante 24 horas por dia. Essa intervenção repercutiu numa abertura de novos e mais necessários aspectos emocionais da paciente a serem tratados a partir da relação que se ampliou.

Segundo Fierz (1997), uma tarefa do trabalho psicológico é promover o *rappport* também entre a consciência e o inconsciente do paciente, para que o relacionamento entre ego e inconsciente se estreite e se desenvolva com maior espontaneidade, amadurecimento e abertura. Ou seja, que o paciente clarifique e reflita sobre maneiras de prestar atenção em conteúdos e mensagens oriundas de seu mundo interno – provindos de sonhos, impressões inicialmente incompreendidas – em condições de que ele possa promover um cuidado para atentar a elas e aproveitá-las a seu favor para resgatar sentidos de experiências.

O psicoterapeuta deve ouvir sem julgamentos e sem agir precipitadamente, o que significa não necessariamente responder ao pedido tal qual se apresente. Isto quer dizer que não deve interferir com opiniões na situação conflitiva, o que seria muito perigoso para o

desenvolvimento psicológico do paciente, já que o psicólogo não é dotado de pleno saber a respeito do que o outro precisa (Fierz, 1997).

Para Fierz (1997), os afetos e sentimentos devem ser cozidos em fogo brando, num processo de “banho-maria” – provavelmente inventado por uma alquimista chamada Maria Prophetissa, onde um recipiente com o elemento a ser cozido é inserido no interior de outro com água e ambos colocados sobre o fogo. É um método que protege o elemento para que não seja aquecido além do que ele precisa e, portanto, não se queime. Isso, metaforicamente, quer dizer que é preciso lidar com cuidado e delicadeza com nossos afetos e que eles precisam de tempo e paciência próprios para evoluírem e serem processados.

A terapia, enquanto “encontro humano, em cada gesto, no fato de estarmos juntos, é tão importante quanto a palavra falada” (Fierz, 1997, p. 411). E no encontro entre psicólogo e usuário no hospital, encontram-se também o momento de individuação de um com o momento da individuação do outro.

Mostra-se relevante discutir o conceito de individuação como sendo um processo dentro do qual a situação de escuta psicológica no hospital fará parte. A demanda confiada pelo paciente ao psicólogo terá, invariavelmente, relação com a sua circunstância atual de vida e, conseqüentemente, com aquela sua vivência que faz parte do seu processo de individuação. Nesse sentido, entendemos que sua demanda é intrínseca àquilo que sua vida lhe solicita para esse momento específico.

O momento em que o paciente se submete a um atendimento psicológico pode ser entendido como aquele em consonância com aspectos de seu self que lhe solicitam atenção, em termos de enviar-lhe mensagens – por meio da vivência de conflitos – que reclamem o cuidado de suas potencialidades (Melo, 1998). Esta autora citada indaga “qual a tarefa do indivíduo que precisa ser cumprida para ele sair dessa situação?” (p. 22). Pensamos essa tarefa como sendo inerente ao percurso do mito do Herói, que simboliza aquele que é chamado e sai em busca da conquista de algo. Tal aventura também se presentifica no mito do Graal, já abordado. “*Estará já o meu caminho traçado?*” – esta é a pergunta que Baptista (2008, p. 16, itálicos da autora) sugere existir nesta jornada, apontando para a idéia de que o caminho é algo a vir a ser construído pelo caminhante e que, portanto, trata-se de um processo a se desenrolar em busca da verdade em si mesmo. Nesse sentido, a demanda do paciente, tal como a referimos anteriormente em termos etimológicos, parece estar diretamente relacionada ao conceito de destino que, nas palavras de Rodrigues (2009), pode ser compreendido “como



forma que concebe o ser para suas realizações, implica a elevada gama de possibilidades que vão surgindo no caminho do indivíduo, e impondo a necessidade de se fazer escolhas” (p. 87). Regido pelo Arquétipo do Caminho (Baptista, 2008), o herói existente em cada sujeito o leva a buscar cumprir sua tarefa, atendendo ao seu processo de individuação; e, no momento do encontro terapêutico, haverá um caminhar junto, onde o processo do psicólogo e do paciente – a individuação pessoal de ambos e, incluindo-se nisso a individuação também profissional do psicólogo – se encontra num jogo dialético.

Ambos, no seu próprio caminho, se cruzam como que numa esquina, no trânsito pelo hospital; cada um no seu devido lugar – paciente e psicólogo. Num momento que é o da passagem. A passagem para o destino do porvir, para o a escolha de novo(s) sentido(s).

No caso do psicólogo, o seu processo de individuação profissional corresponde, inclusive, a uma necessidade de se reconectar com seu papel mais autêntico em contrapartida às expectativas da equipe, do paciente e familiares deste e de si próprio.

Essa tarefa, que é a individuação e para a qual caminha cada um de nós, pode também ser discutida em termos de *opus alquímico*, um conceito emprestado da alquimia e que é análogo ao trabalho constante de desenvolvimento de cada pessoa. O *opus*, ou a grande obra, se inicia a partir da matéria prima e, portanto, com o próprio início da vida, quando se parte do caos e da união de diversos elementos em direção a um processo de desenvolvimento e diferenciação dos mesmos (Edinger, 2006). Esse processo se dirige, inclusive, em busca da Pedra Filosofal, que seria o resultado do grande *opus*.

Segundo Edinger (2006, p. 25), “uma característica proeminente da *opus* é o fato de ser considerada um trabalho sagrado que requer uma atitude religiosa”. Ou seja, a atitude do indivíduo para com seu processo de desenvolvimento pessoal deve ser de amorosidade para consigo mesmo, num sentido de zelo e atenção para cada percalço do processo, especialmente nas circunstâncias de crise, como a que ocorre num momento de passagem por um hospital. Inclusive, uma atitude religiosa também implica compreender que aspectos provindos do inconsciente se incluem nessa tarefa e, portanto, a mesma deve ser orientada para o si-mesmo e não para o ego.

Parece possível recorrer, inclusive, ao conceito junguiano de vivência simbólica, para nos referirmos à vivência desse momento de vida do sujeito. Simbólica, no sentido de que o símbolo aponta sempre para a possibilidade de significados que ultrapassam aquele que pode ser apreendido e percebido conscientemente (Jung, 1973/1995); sendo assim, essa vivência

que busca um caminho, em forma de demanda, que solicita uma abertura para ser questionado e que seja admissível de apropriação pelo paciente em sua vida. Desse modo, “a vivência simbólica dos fatos que nos assolam possibilita o olhar criativo sobre o contexto, suscitando uma entrada mais legítima e autêntica na situação dramática” (Rodrigues, 2009, p. 99). Abrir-se para um confronto com caminhos que a experiência pessoal aponta pode possibilitar o reconhecimento e apropriação da mesma, favorecendo uma responsabilidade própria no processo de evolução interior do paciente.

A recompensa da individuação é simples, você desabrocha, morre, mas renasce também e todas as dores, ilusões e máscaras anteriores cairão e agora já em farelos no chão você caminhará sobre elas, sentirá o seu verdadeiro sabor, o seu cheiro, você se saberá e terá a própria companhia. Essa é a maior de todas as transformações possíveis para o ser humano, o de escutar o seu próprio nome dito pela boca de dentro. (Seibel, 2006, p. 28)

A individuação ocorre com qualquer pessoa durante todo o seu processo de vida. Portanto, independe da pessoa estar ou não em análise. “A individuação é antes uma direção que um alvo a ser atingido nesta vida.” (Hall, 2003, p. 57).

A individuação não tem como acontecer sem a relação com o outro, considerando o que Jung (1971/1990) afirma sobre a totalidade somente poder ser alcançada pela alma e esta, por sua vez, somente existe a partir de sua outra parte que se encontra no outro.

Totalidade pode ser entendida como a busca incessante de um desenvolvimento pessoal do indivíduo, o que corresponderia ao seu processo de individuação. Nesse sentido, jamais será alcançada, mas é o que move o indivíduo para uma aproximação cada vez mais potencializada com o self, ou seja, com suas potencialidades mais íntimas e próprias.

## 7. HABITANDO UM LUGAR EM CONSTANTE CONSTRUÇÃO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Não me lembro mais onde foi o começo, foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo. Tudo estava ali, ou devia estar, como no espaço-temporal de um piano aberto, nas teclas simultâneas do piano. Escrevi procurando com muita atenção o que se estava organizando em mim e que só depois da quinta paciente cópia é que passei a perceber. Meu receio era de que, por impaciência com a lentidão que tenho em me compreender, eu estivesse apressando antes da hora um sentido. Tinha a impressão de que, mais tempo eu me desse, e a história diria sem convulsão o que ela precisava dizer. Cada vez mais acho tudo uma questão de paciência, de amor criando paciência, de paciência criando amor.*

(Lispector, 1999, p. 122)

Nesse momento de encaminhar as presentes reflexões ao mundo, eu paro para relembrar todo o percurso deste estudo. Como um trabalho de artesã, foi necessário tecer com cuidado e atenção: unindo alguns pontos, fazendo e desfazendo outros, juntando retalhos e, assim, criando formas e encontrando outro sentido para o que dentro de mim se espalhava eurgia voz.

Comecei este trabalho tal como o seguinte trecho de Clarice Lispector, sensivelmente, traduz em palavras:

*Eu escrevo sem esperança de que o que eu escrevo altere qualquer coisa. Não altera em nada... Porque no fundo a gente não está querendo alterar as coisas. A gente está querendo desabrochar de um modo ou de outro. (Clarice Lispector, 1964)*

Enquanto as idéias foram, por assim dizer, *desabrochando* passei a clarificar para mim mesma que minha intenção era expressar aquilo tudo que eu experimentava no dia-a-dia de meu trabalho. O seguinte trecho que compõe a narrativa “Dando voz ao que deveras sente” começa a esboçar esse novo sentido.

*Mas, na verdade, não sei se o que desejo é mesmo ser compreendida. Talvez, o que sinto apenas peça para transpor um lugar a fim de que possa se expressar. E, quem sabe, consiga tocar e viajar nos sentidos de outros por aí.*

E, desse modo, numa espécie de *démarche*, tal como a clínica, retalhos e mosaicos foram se configurando no que agora ganha voz e também vida. E, assim, mergulhada na real intenção de contar ao mundo uma experiência que foi composta por emoções, dúvidas, resgates, apropriações e reencontros de sentido, tornou-se possível legitimar e propor a outros

a reflexão e a revisão de uma prática. Foi *fazendo*, enquanto eu ia *sendo* com amor e paciência, que tudo foi acontecendo.

Não poderia ter sido escolhida outra metodologia que a cartografia; aliás, ela não foi, de fato, escolhida, propriamente. Simplesmente foi assim que se deu. Quando me dei conta do modo como eu estava fazendo meu trabalho, percebi que eu o cartografava. Como se eu passasse a dar nome a algo que já tinha vida e um modo próprio de ser.

E foi assim. Eu pesquisava ao mesmo tempo em que os acontecimentos e o meu trânsito pelo hospital ocorriam. E eu os sentia e os registrava e deles participava, concomitantemente. Movimento após movimento, mobilizações gerando mobilizações e o passo a passo da minha prática no hospital e do meu trabalho de pesquisa iam acontecendo. E eu ia tecendo uma coisa na outra, ao mesmo tempo em que as coisas iam sendo tecidas em mim. E isso, enquanto as coisas iam se dando com cada nova e re-experimentada experiência. Infinitamente. Inclusive, o presente capítulo não encerra tudo isso, o que me deixa aliviada e vivificada.

Muitas das minhas indagações iniciais ganharam um encaminhamento de sentido. Outras permanecem e, ainda outras começam a surgir, tal como esboço nesse capítulo.

Utilizar narrativas para ilustrar e propor questionamentos e reflexões foi um modo por mim escolhido de aproximar o leitor de meus sentimentos e inquietações mais íntimas. Afinal, sem essa proximidade o presente trabalho teria sido diferente. A minha proposta era mesmo esta: apresentar a intimidade de um cotidiano – e escolhi falar do meu próprio. Um cotidiano movimentado por angústias, receios, interrogações, reticências e exclamações (em vez de pontos finais).

Considero que o objetivo geral pôde ser cumprido, a partir de todas as discussões e reflexões tecidas no decorrer da presente dissertação sobre a construção do lugar do psicólogo no hospital geral.

Em relação aos objetivos específicos, apesar de também terem sido alcançados, algumas considerações podem ser apontadas, conforme segue.

Em relação ao objetivo de *reconhecer e refletir sobre espaços – no sentido de ocupação por meio de ações – e tempo em que o lugar do psicólogo no hospital geral aparece e de que modo são ocupados*, puderam ser tecidas considerações a respeito da imprescindível atitude *clínica* do psicólogo – no sentido etimológico do termo – frente às

diversas situações com as quais se depara no cruzamento do seu trânsito com o trânsito do paciente/família/equipe pelo hospital.

Acredito que o lugar que defendo pertencer ao psicólogo no hospital já seja assumido por colegas em algumas instituições. Mas, venho trazer um alerta para que esse lugar seja cuidado e alicerçado.

Interessante seria ouvir de outros psicólogos a respeito do lugar que cada um deles escolhe e vislumbra como possível ocupar na instituição que trabalha. Saio com esta curiosidade e deixo esta sugestão para pesquisa.

Reconhecer, hoje, o lugar que cabe ao psicólogo na instituição hospitalar é admitir que ele nunca estará pronto. De fato, trata-se de um lugar sempre em construção.

Também foi possível *apresentar, identificar e refletir sobre algumas práticas e conceitos que podem orientar o trabalho do psicólogo no hospital geral*. Ressalto que isso foi realizado sem ter o propósito de discutir conceitos e práticas em termos de locais e atividades possíveis de trabalho do psicólogo num hospital. Mas, pensando-se no seu modo de ser e de estar no hospital, enquanto um profissional que precisa resgatar e fortalecer o seu lugar. O alcance desse objetivo corresponde às discussões traçadas sobre o transitar do psicólogo pelo hospital, em suas relações com os hóspedes que nele pedem e fazem passagem, seja em termos de usuários ou outros atores da instituição.

Durante todo o trabalho foi possível *identificar e refletir sobre angústias desencadeadas pelo trabalho do psicólogo em hospital geral, em seu processo de construção do seu lugar*. Minhas angústias puderam ser transformadas em reflexões em busca de apontamentos para outros caminhos de enfrentamento. Especialmente, no sentido de oferecer a profissionais da Psicologia a possibilidade de se reconhecerem nesse movimento a fim de estarem atentos ao que o seu próprio processo lhes suscita, como forma de cuidar disso. Procurei, desse modo, incitar outros psicólogos que atuam em hospitais a refletir sobre como e com qual propósito sua prática está sendo posta em ação. Isso, especialmente, mediante a dinâmica institucional com a qual se deparam no contexto onde estão inseridos.

*Discutir alguns conceitos de psicologia analítica a partir da atuação do psicólogo no hospital* foi um processo também de construção e se mostrou uma tarefa pouco cultivada pelos colegas junguianos. Apresentar discussões sob inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung, principal abordagem utilizada no presente trabalho, foi um grande desafio. São muito poucos os trabalhos que abordam a temática institucional que se orientam por esta teoria.

Apesar de abordarem a área da saúde em muitos de seus trabalhos, poucos discutem a teoria analítica no contexto hospitalar. A maioria, inclusive, discute os conceitos junguianos sob o enfoque da prática clínica em consultórios.

E, nesse sentido, *refletir sobre o lugar do psicólogo de orientação junguiana na prática clínica em hospital*, tornou-se um propósito inevitável e imprescindível. Pôde ser atingido, à medida que puderam ser tecidas discussões e reflexões sobre a atitude clínica do psicólogo no hospital de modo a se pensar sua prática orientada, inclusive, pela compreensão psicológica que a teoria de C. G. Jung possibilita.

Ressalto a importância de que a psicologia analítica seja discutida na prática, sendo mais compreendida em sua complexidade e menos encaixando sua teoria numa doutrina. Assim, procurei trazer um olhar junguiano para a realidade da prática institucional hospitalar e, com isso, pude movimentar alguns conceitos junguianos pelo próprio trânsito no hospital, articulando conceitos com uma atuação prática e institucional.

E, assim, por exemplo, dar vida, especialmente, à presença de Hermes e Héstia, entre os mitos possíveis de se pensar a nossa prática. Héstia, inspirando-nos numa atitude acalentadora ao sofrimento e incômodo humanos e Hermes na atitude de propor o circular e o encaminhar sentidos aos impasses do cotidiano hospitalar.

Para tanto, o Trisckster também inspira, com sua audácia, inquietação, astúcia e leveza bem humorada, características tão necessárias para se cruzar as fronteiras encontradas no contexto hospitalar. Com relação a isso, a discussão sobre assumir uma persona criativa se tornou imprescindível, paralelamente com o conceito de self institucional.

No hospital, a possibilidade do aqui e agora aponta para caminhos que nem sempre são os mais tranquilos; em vez disso, se mostram os mais possíveis. Olhar para isso talvez torne viável ocupar o lugar sobre o qual aqui falo.

Um lugar que é o da atitude e que não se trata de físico, mas corresponde a tempo e espaço: a um jeito próprio de ocupar uma morada. Um lugar ao qual se pode facilmente negar ou desconsiderar, pois podemos, muito facilmente, correr o risco de relegá-lo ao lugar do ideal inalcançável. Ou podemos escolher não dar espaço e tempo a ele.

Entendo que seja importante considerar que trabalhar em instituição e, particularmente, em hospital, não é tarefa simples nem fácil. Exige esforços que muitas vezes se arrefecem e geram conflitos entre o que se acredita ser possível e aquilo que de fato o é.

Uma persona criativa possibilitará ao psicólogo assumir uma maneira própria de ser e estar entre as outras personas no hospital. E, assim, lhe favorecerá condições mais ampliadas de transitar pelas dificuldades encontradas na realidade de trabalho no hospital, de modo a preservar a atitude de se manter aceso o seu lugar.

Não pretendo, a partir das discussões tecidas neste trabalho, conferir viabilidade ao impossível quando afirmo a necessidade de se ocupar, assumir e legitimar o lugar do psicólogo no hospital. Para cumprir essa tarefa, não basta apenas proferir os verbos querer e acreditar. Implica, muitas vezes, perceber que imposições da realidade do contexto se sobrepõem a muitas tentativas de se presentificar a Psicologia no hospital. O verbo que pode viabilizar qualquer ensaio disso é o *fazer*, mas é preciso cuidar do *como fazer* para que as frustrações rotineiras imbricadas pela dinâmica hospitalar não gerem desilusão nem abandono de propósitos. Aliás, será no como fazer que se traduzirá a especificidade do psicólogo em meio a tantas outras. Desse modo, ou seja, cuidando do como fazer, torna-se possível olhar para as impossibilidades sem que elas derrubem a viabilidade. Trata-se de um *fazer sendo* e, inclusive, de um *ser fazendo*.

A disponibilidade emocional que confere ao psicólogo uma atitude clínica é imprescindível e deve estar a priori de qualquer outra coisa. No entanto, deve prevalecer em constante manutenção enquanto um cuidar de uma prática, ou melhor, de um *ethos* que está inserido numa realidade contextualizada. Torna-se preciso estar atento também para o que essa realidade suscita e interpela, de modo a não necessariamente responder-lhe tal como ela se apresenta, mas a encontrar maneiras de se estar em meio a ela, reconhecendo suas particularidades e se relacionando com as mesmas. Isso, sem negligenciá-las, mas também sem se deixar ser negligenciado e/ou destituído.

O fogo de Héstia deve estar sempre aceso. Héstia não apenas acende sua lareira, mas cuida de manter seu calor vivo. Ela não simplesmente espera que lhes cheguem as pessoas que precisam de cuidado, mas as acolhe, de acordo com o estado e condições como cada uma lhe chega. Enquanto as recebe, cuida de que estas se restabeleçam em meio ao aconchego de sua lareira, proporcionando um cuidado e atenção num tempo e espaço emocional próprios; porém, nunca sem lhes interpelar sentido para que sua caminhada prossiga. E, nesse momento, a presença do espírito de Hermes possibilita o retorno à vida e ao cotidiano, porém, nesse instante, em condições possivelmente já refeitas e acalentadas.

A lareira de Héstia é o lugar da passagem, ela proporciona o *estar* para que se restabeleça um cuidar de *ser* e de resgatar novos modos de *continuar sendo*. Hermes abre caminhos para a transição rumo ao porvir. Um porvir que segue ao encontro do que foi possível, a partir da hospitalidade e da hospitalização, ou seja, do acolhimento e do cuidado. Sob o espírito de Héstia e Hermes, a prontidão para a ausculta e o encaminhamento de sentido(s) possibilitam o resgate da autonomia sem perda do dimensionamento nem descaracterização da experiência da dor.

Portanto, reconhecer em si uma disponibilidade emocional e clínica é essencial, mas é fundamental admitir a realidade que um outro apresenta – seja por parte da instituição, da equipe, do paciente ou de sua família. Essa realidade pode ser desafiante e gerar incômodos, mas é indispensável que seja reconhecida, pois isso possibilita ao psicólogo acomodar seu lugar de uma maneira mais viável no terreno institucional. Isso, entendendo-se acomodar no sentido de pôr em ordem, hospedar e conciliar seu próprio lugar e, inclusive, fazê-lo também em relação a outros *tempos e espaços* (pertencentes a outros *lugares*) com os quais se depara na instituição.

Sendo assim, também se mostra inevitável ao psicólogo ser o agente do interrogar sentidos. Desse modo, um movimento de interrogar pode inserir pingos nos is, mas não encerra pontos finais. Encaminha para busca de sentido, aponta para necessidades de reflexão, de revisão, de esclarecimento, de olhar sob ângulo diferente. Já o de responder pode fechar portas e janelas para o construir e o buscar outro sentido.

Trazer reflexões e levá-las à prática, ou vice-versa, me rompeu um golpe de realidade. É bastante difícil manter o lugar do psicólogo no hospital, tal como proponho nas discussões realizadas no presente. A instituição encerra uma realidade que nos desmonta tantas e tantas vezes, com suas repetições muitas vezes sutis, como, por exemplo, dar ao psicólogo a cadeira de auxiliar ou de bombeiro ou de secador de lágrimas ou de tapador de buracos.

O fato de, durante a elaboração deste trabalho, ter me tornado coordenadora de um serviço de Psicologia num hospital me trouxe condições de atentar para os limites que delineiam o lugar do psicólogo na instituição. Ocupar esse lugar de coordenação me trouxe a oportunidade de olhar a partir de um outro ponto: de assumir posturas que me alicerçaram na realidade do possível, porém, sem deixar de recorrer a muito jogo de cintura para sustentar um lugar à Psicologia no hospital.



Pude olhar o lugar da Psicologia a partir de um outro lugar – o lugar de quem precisa participar de um conjunto, não mais de uma unidade. Agora, eu era a coordenadora de uma equipe de psicólogos, não era mais uma única psicóloga que via somente o lugar que lhe cabia. Eu deveria vislumbrar diferentes lugares – de cada psicólogo em seu espaço – e um lugar maior – o do Serviço da Psicologia naquele hospital; e, mais do que isso, numa instituição. Tudo isso me fez rever o que é possível para cada momento. Não sem ser poupada de frustrações e desencantos. Muitas vezes, precisei puxar as rédeas de intenções para que eu não fosse atropelada pelas condutas políticas que regem a instituição, por exemplo, e que instituem procedimentos e cerram portas pelas quais se possa desejar atravessar.

Como dói ocupar esse lugar, como nos deixa exaustos. Cansa ter que todos os dias levantar as paredes, pintá-las, rearrumar os móveis, e botar o vaso na janela. Parece não ter fim. E, como coordenadora, há também a responsabilidade de se cuidar das paredes e dos vasos dos outros, atentando para que uma equipe e um serviço se sustentem e se cumpram. Sincrônico esse lugar de coordenação justamente enquanto eu buscava e limpava o *meu* lugar.

Possivelmente, pude encarar um *ethos* mais real, mais palpável e mais humano, já que o lugar da Psicologia se tornou para mim o lugar onde nem tudo é como se gostaria, mas como se mostra possível. Possível para um determinado momento, a cada nova circunstância.

Pude confirmar que a maior dificuldade encontrada no trabalho em hospital diz respeito às relações de trabalho com a equipe, muito mais do que as questões técnicas no que se refere aos casos atendidos. Isso, no sentido exato de se cumprir e se sustentar o lugar da Psicologia; somos sacudidos em relação a isso a todo momento.

Também para com a equipe, o psicólogo deve manter sua atitude clínica, no sentido de oferecer atenção e escuta clarificadora para que se interponha um olhar diferenciado às responsabilidades de cuidado, ao outro e a si mesmo, que precisam ser assumidas e/ou resgatadas. Sobre esse ponto, comecei a pensar o quanto a formação do psicólogo falha no que se refere ao trabalho multiprofissional e em instituição. Afinal, não se trata de uma dificuldade particular, mas de toda uma equipe, de uma forma ou de outra.

Tornou-se preciso para mim rever meus próprios modos de ocupar meu lugar para que o mesmo pudesse se manter sem que eu precisasse ceder ao instituído. Para tanto, precisei flexibilizar as minhas próprias certezas e buscar novos percursos.

Apresentei uma discussão sobre self institucional que se fez oportuna no tocante à relação do lugar do psicólogo em meio a outros lugares ocupados por outros profissionais no

hospital. Nesse sentido, o lugar do psicólogo lhe confere participação dentro de um todo maior, ao qual denominei de self institucional.

A partir do conceito de self institucional, torna-se possível tecer considerações mais ampliadas sobre forças maiores que se sobrepõem ao psicólogo e, conseqüentemente, ao seu lugar, na instituição. Podemos chamar essas forças de questões políticas, questões instituídas, imposições ou questões do próprio contexto de uma realidade institucional, as quais se dão a partir de suas regras e condutas gerais de funcionamento. Ou, ainda, das forças decorrentes das interrelações que se estabelecem por si só no campo institucional. O nome a que damos a isso é o que menos importa.

Um dos grandes e maiores desafios do psicólogo é o de transpor e, dentro de muitos limites e algumas possibilidades, transmutar o instituído. Torna-se preciso ser instituinte e, portanto, mobilizador de reflexões e mudanças, tal como Vechi (2010) conceitua, abrindo-se, assim, brechas para outro sentido.

Uma das questões que ainda aponto trata-se da seguinte: será que no hospital os diferentes profissionais das diferentes áreas de atuação conhecem com clareza e firmeza o lugar que lhes cabe? Isso não vale para justificar dificuldades do psicólogo, mas para refletir com atenção sobre o possível fato de que o psicólogo está inserido num campo onde os lugares se misturam, inclusive, por falta de conhecimento – que não é adquirido em formação. Todos conhecem suas funções, papéis e competências técnicas, sendo treinados para isso. Mas, será que alcançam a clareza sobre qual lugar lhes cabe, pensando a partir de sua própria prática profissional?

Pensar sobre seu lugar não deve ser tarefa somente da Psicologia nas instituições de saúde. Mas, à Psicologia essa responsabilidade não deve escapar.

Pensar o lugar do psicólogo no hospital me remeteu, inclusive, a uma questão ainda anterior a esta. Qual seria o propósito primeiro da Psicologia, enquanto ciência?

Isso, porque começou a se clarificar o fato de que não é apenas no hospital que o lugar do psicólogo precisa ser revisto e alicerçado. Portanto, uma das maiores questões que me fica é sobre qual o lugar da Psicologia em sua própria prática no mundo.

Será que não seria o de encaminhar sentido(s) àquele que por algo urge ou que por algo sofre? Seria, além disso, oferecer um espaço e um tempo para voltar-se a si e oferecer a apropriação de auto-responsabilização e de auto-cuidado? Se isso o for, pensar a Psicologia no hospital, na escola, no consultório ou em qualquer outro local seria apenas pensá-la em

suas particularidades dentro de um contexto. Porém, sua finalidade genuína e a priori permanece a mesma, esteja o psicólogo onde estiver. Trazendo aqui de volta o conceito de *démarche* clínica, a qual convocação a Psicologia responde, enquanto ciência?

A atitude clínica funda e estabelece a Psicologia no sentido de que esta caminha na direção de algo a que foi convocada. Compete à Psicologia dar atenção àquilo que a chama.

Estaria a própria Psicologia num momento necessário de revisão dos propósitos de sua prática? Isso, porque muitas ações que se afirmam psicológicas – independente do local onde se presentificam – parecem se moldar a um tecnicismo irrefreado e irrefletido que, muitas vezes, oferece respostas a uma práxis que se encerra em resultados e resolutividades de caráter que sugere o mecanicismo. Além disso, parece, muitas vezes, se perder de si mesma na busca incessante por especialidades. Acredito que a cada um cabe sua própria escolha dentro da Psicologia; porém, entendo que devam ser assumidas como tal e posicionadas dentro do campo da Psicologia; entretanto, de modo clarificador.

A apropriação de sua ética, no sentido etimológico da palavra, se faz necessária e pertinente. Pensar a clínica no hospital legitima o exercício clínico do psicólogo neste campo de atuação, enquanto aquele que se encaminha para atender a um chamado de dor ou incômodo. Nesse sentido, manifesto meu apelo para que a palavra clínica deixe de ser entendida como um *local* de trabalho e passe a ser compreendida como uma atitude e, portanto, como um modo de se pôr em prática a Psicologia. E, ao meu ver, o mais genuíno.

Não se trata de transferir o trabalho clínico de consultório para hospitais. No hospital, assim como em cada diferente instituição, há uma fenomenologia própria de trabalho e seu modo clínico propício de se fazer acontecer a Psicologia. Ao sair do hospital, o psicólogo que lá atua não deixará de sê-lo. Se este se encaminhar por meio de um *ethos* próprio, fará Psicologia não do jeito que acredita, mas do jeito que se é. Acreditar, muitas vezes, não basta. É preciso ser (psicólogo). A questão básica do psicólogo está entranhada por uma ética, por isso, sua prática se refere a atitude. Ética é o modo de se olhar e se colocar no mundo e será a partir disso que o psicólogo será político em sua ação.

A presença do psicólogo – e, aqui, falo especialmente daquele que atua no hospital, devido ao objetivo do presente trabalho – que caminha no sentido de ocupar o seu devido lugar não fará desaparecer as dificuldades que obstacularizam, muitas vezes, em demasia, inclusive, o seu percurso. Eventualmente, momentos de cansaço físico e emocional podem se mostrar concomitantes. Mas, sua certeza de qual lugar lhe cabe o motivará a recobrar forças e

prosseguir, mesmo que em meio a outros que o ignoram ou o atropelam em seu movimento de apropriação e ocupação profissional.

Portanto, o lugar do psicólogo no hospital poderá ser ocupado a partir de uma atitude clínica – dentro de seu conceito etimológico – estabelecida em sua rotina de trabalho.

No presente estudo, a expressão pronta-escuta psicológica é adotada para que o encontro entre psicólogo e paciente seja definido em termos de disponibilidade e prontidão clínica – no seu sentido etimológico – para o que for possível surgir no momento da escuta psicológica, a partir do que se faz presente em termos daquilo que emerge emocionalmente e do que urge atenção e cuidado. Isso, em situação alguma, sem antes haver uma conciliação com a realidade do momento no cotidiano hospitalar.

Inevitável deparar-se com o fenômeno tempo no hospital. E, para o trabalho psicológico, faz-se necessária uma conciliação e flexibilização entre o tempo kairótico e o cronológico; entre a necessidade emocional do paciente, a disponibilidade pessoal do psicólogo e as emergências e urgências práticas do contexto hospitalar.

Apropriar-se de seu lugar é um processo de construção para o psicólogo no hospital, permeado por variáveis tais como: formação, supervisão, análise pessoal, conhecimento sobre a realidade e contexto da instituição em que atua e apropriação de uma persona criativa para transitar nesse contexto que corresponde a um self institucional.

Essa construção se mostra em sincronia com o processo de individuação do psicólogo, em seus aspectos de desenvolvimento profissional. Considerando-se, inclusive, que, no seu trânsito pelo hospital, sua individuação se cruza com a dos outros personagens que também transitam neste contexto. E, por ocasião desse encontro, a cada um podem ser remetidas novas possibilidades de sentido – a partir do que for possível surgir naquela circunstância – antes que todos se voltem para a continuidade do trânsito de suas vidas.

O lugar do psicólogo no hospital existe por sua legitimidade. Precisamos apenas reconhecê-lo e habitá-lo. Para isso, não podemos esperar que nos seja indicado; nós devemos clarificá-lo por um *ethos* próprio.

Sendo assim, sem a pretensão de colocar um ponto final no assunto, mas colocando pontos nos is, interponho aqui algumas interrogações. Afinal, seria a Psicologia um *ethos* mais voltado a interrogar ou a responder? Nesse sentido, a que(m) serve o psicólogo no hospital? E, acima de tudo, em direção a qual convocação caminha, hoje, a Psicologia? Qual lugar nós, psicólogos, escolhemos habitar?

**CADA UM NO SEU LUGAR: REFERÊNCIAS<sup>53</sup>**

- Achterberg, J. (1996). *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus.
- Alvarenga, M. Z. (2007). Depressão: a dor da alma de quem se perdeu de si mesmo. *Junguiana*, 25, 19-27.
- Amaral, E. A. (n.d.). *Comentários sobre vivências de consultório, fora do consultório*. Recuperado em 06 de junho de 2009, de <http://www.symbolon.com.br/artigos2.htm>
- Amatuzzi, M. M. (2008). *Por uma psicologia humana*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Andrade, A. & Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de psicologia* (Natal), 9 (2), 345-353.
- Andrade, A. N., Morato, H. T. P. & Schmidt, M. L. S. (2007). Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In M. M. P. Rodrigues & P. R. M. Menandro (Orgs.). *Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia* (pp. 193-206). Vitória: Editora GM, 1.
- Aun, H. A. (2005). *Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Baptista, S. M. S. (2007). Hermes. In Alvarenga, M. Z. (Org). *Mitologia simbólica: estruturas da psique e regências míticas* (pp. 251-267). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baptista, S. M. S. (2008). *O arquétipo do caminho: Guilgamesh e Parsifal de mãos dadas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Barus-Michel, J. (2001). Intervir enfrentando os paradoxos da organização e os recuos do ideal. In J. N. G. Araújo & T. C. Carreiro (Orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica* (pp. 171-185). São Paulo: Escuta.
- Bazhuni, N. F. N. & Sant'Anna, P. A. (2006). O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia: teoria e prática*, 8 (2), 86-101. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
- Benjamin, W. (1994). *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* (Obras Escolhidas). São Paulo: Brasiliense.

---

<sup>53</sup> O presente trabalho seguiu as normas da APA para a elaboração das referências.

- Benute, G. R. G. et al. (2001). A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos e de prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 25, 48-53.
- Bernard, J. (1998). *Esperanças e sabedoria da medicina*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed.
- Bonaventure, L. (1997). Prólogo. In H. K. Fierz. *Psiquiatria Junguiana* (pp.15-20). São Paulo: Paulus.
- Bonaventure, L. (2006). Prefácio à edição brasileira. In C. G. Jung (1961/2006). (A. Jaffé, Tradução). *Memórias, Sonhos, Reflexões* (pp. 15-20). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Borges, M. C. S. (2007). Câncer: o indivíduo e sua responsabilidade no processo do adoecer e de cura. In *Anais, IV Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, IX Mostra de pesquisas do curso de aprimoramento em Psicologia Analítica "Técnicas Terapêuticas Junguianas"* (128-131). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Braier, E. A. (1991). *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Ministério da Saúde (n.d.). *Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde: Pró-Saúde*. Recuperado em 13 de janeiro de 2011, de <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde* (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Pet-Saúde*. Recuperado em 13 de janeiro de 2011, de [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35809](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35809)
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação (2007). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bruscato, W. L. (2004). A Psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. In: W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bruscato, W. L., Amorim, S. F., Haberkorn, A. & Santos, D. A. (2004). O cotidiano do psicólogo no Hospital Geral. In W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.). *A*

*prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 43-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bruscato, W. L., Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. (2004). Considerações Finais. In W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 239-243). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bruscato, W. L., Kitayama, M. M. G., Fregonese, A. A. & David, J. H. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In W. L. Bruscato, C. Benedetti & S. R. A. Lopes (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história* (pp. 33-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bueno, F. S. B. (1991). *Minidicionário da língua portuguesa* (5. ed. atualizada). São Paulo: Editora Lisa.

Byington, C. A. B. (2007). A depressão normal e o futuro da civilização: um estudo da função estruturante da depressão pela psicologia simbólica. *Junguiana*, 25, 7-17.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.

Cardoso, I. (1997). A narrativa silenciada. In I. Cardoso (Org). *Utopia e mal-estar na cultura: perspectivas psicanalíticas* (pp. 169-192). São Paulo: Ed. Hucitec.

Carvalho, D. B. (2009). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1), 335. Recuperado em 24 de janeiro de 2011, de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100040&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100040&script=sci_arttext)

Carvalho, F. R. & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e condição profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 57 (126), 33-48.

Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (3), 48-57.

Conselho Regional de Psicologia – CRP (2003). Ciência e profissão: progresso na saúde inclui Psicologia Hospitalar. *Jornal de Psicologia*, 137. Recuperado em 07 de junho, 2009, de <http://www.crpsp.org.br>

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

DeMarco, M. A (1995). Sobre deuses e médicos – O reencantamento da medicina. *Junguiana*, 7, 55-80.

- DeMarco, M. A. (2003a). Psicologia da Saúde. In M. A. DeMarco (Org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 71-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DeMarco, M. A. (2003b). A evolução da medicina. In M. A. DeMarco (Org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 71-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dezem, F. F. & Pessoa, M. S. C. (2007). A depressão como estratégia evolutiva – um estudo junguiano. In *Anais, IV Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, IX Mostra de pesquisas do curso de aprimoramento em Psicologia Analítica “Técnicas Terapêuticas Junguianas”* (pp. 150-151). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Edinger, E. (1995) Encontro com o Si-mesmo. In E. Edinger. *Ego e Arquétipo* (pp. 97-152). São Paulo: Cultrix.
- Edinger, E. (2006). *Anatomia da psique: o simbolismo alquímico na psicoterapia*. São Paulo: Cultrix.
- Eliade, M. (1974). *Shamanism. Archaic techniques of ecstasy*. Princeton: Princeton University Press.
- Farias, D. A. G. de & Seara Júnior, M. O. (2005). Implicações psicossomáticas e seus traços de personalidade relacionadas ao processo de desenvolvimento do câncer: uma abordagem junguiana. In *Anais, III Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VIII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas*, (p. 353). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Fávvari, R. P. (2003). O desenvolvimento da Organização Pública. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 327-338). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Feijoo, A. M. L. C. (2004). A psicologia clínica: técnica e técnica. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 87-93.
- Ferrari, V. P. M. (1999). Psicologia e pediatria – O trabalho do psicólogo no Instituto da Criança (Entrevista a Gabriela Bruno Galván). *Psicologia Hospitalar*, 9 (1), 22-23.
- Ferreira, M. (2007). Prefácio. In M. J. P. Spink (Org.). (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 19-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fierz, H. K. (1997). *Psiquiatria Junguiana*. São Paulo: Paulus.



- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, M. A. & Vieira, A. A. B. (Orgs.). (2009). *Emergência: atendimento e cuidados de enfermagem*. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora.
- Fiorini, H. J. (1982). Psicoterapia dinâmica breve: contribuições para uma teoria da técnica. In H. J. Fiorini. *Teoria e técnica de psicoterapias* (pp. 21-48). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- França, A. Z. (2003). Ampliando a atuação em psicologia: a clínica institucional. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 310-316). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Freire, P. S. G. L. (2004). *Pronto atendimento psicológico em um serviço universitário: compreendendo os processos sob o olhar da Psicologia Analítica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Freitas, L. V. (1987). *A psicoterapia como um rito de iniciação: estudos sobre o campo simbólico através de sonhos relatados no self terapêutico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Freitas, L. V. (1990). O arquétipo do mestre-aprendiz: considerações sobre a vivência. *Junguiana*. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 8, 72- 99.
- Freitas, L. V. (1995). *A máscara e a palavra: exploração da persona em grupos vivenciais*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Freitas, L. V. (2005a). O calor e a luz de Héstia: sua presença nos grupos vivenciais (Edição especial). *Cadernos de Educação*: UNIC- CPG.
- Freitas, L. V. (2005b). Grupos vivenciais sob uma perspectiva junguiana. *Psicologia USP*, 16 (3), 45-69.
- Freitas, L. V. (2007). Algumas considerações sobre a psicologia analítica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 57 (126), 53-70. Recuperado em 12 de janeiro de 2011, de <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432007000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432007000100007&lng=pt&nrm=iso)>
- Furigo, R. C. P. L. (2003). Conquistando espaços: a presença do psicólogo junguiano no contexto profissional. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 301-302). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>

- Furigo, R. C. P. L. (2006). *Plantão psicológico: uma contribuição da clínica junguiana para Atenção Psicológica na área da saúde*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Furigo, R. C. P. L., Risso, K., Garcia, P. G., Garcia, R. D. Z. & Mukudai, T. P. C. (2007). Da depressão infantil ao retorno ao brincar: espaço para transformações alquímicas. In *IV Anais da jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, IX Mostra de pesquisas do curso de aprimoramento em Psicologia Analítica “Técnicas Terapêuticas Junguianas”* (pp. 221-239). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Furigo, R. C. P. L., Souza, J. R. F. P., Christianini, M. R., Manente, M. V. & Marcusso, T. C. (2007). Crise e resiliência: o resgate da saúde no retorno à prima matéria. *Anais, IV Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, IX Mostra de pesquisas do curso de aprimoramento em Psicologia Analítica “Técnicas Terapêuticas Junguianas”* (pp. 201-220). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Gadamer, H-G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Galiás, I. & Vargas, N. S. (2007). Estresse pós-traumático e psicologia analítica. *Junguiana*, 25, 29-41.
- Garcia, R. M. (2005). O uso da consulta terapêutica na clínica da tendência anti-social. *Natureza Humana*, 7 (1), 209-234.
- Grande Dicionário Larousse Cultural da Língua Portuguesa* (1999). São Paulo: Nova Cultural.
- Greghi, M. P. K. (2003). Imaginação curativa: o resgate das imagens internas como instrumento terapêutico. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguiana* (pp. 150-162). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Greghi, M. P. K. (2005). A dimensão concreta da concepção simbólica junguiana: quando o corpo denuncia. In *Anais, III Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VIII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 90-99), Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Groesbeck, C. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana*. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, 1, 73- 96.
- Guedes. M. C. (2005). *História da psicologia no Brasil*. São Paulo: Cortez.

- Guerra, M. H. R. M. (2009). Eros, poder, liberdade e ética. In *Anais, V Congresso Latinoamericano de Psicologia Junguiana* (pp. 285-290). Santiago de Chile: Centro de Convenções Sheraton. Recuperado em 02 de outubro de 2010, da [http://congreso.cgjung.cl/pdf/ed\\_digita\\_psicologia\\_junguiana.pdf](http://congreso.cgjung.cl/pdf/ed_digita_psicologia_junguiana.pdf)
- Guggenbühl-Craig, A. (2004). *O abuso do poder na psicoterapia: e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério* (Coleção Amor e Psique). São Paulo: Paulus.
- Hall, J. A. (2003). *A experiência junguiana: análise e individuação*. São Paulo: Cultrix.
- Halpern-Chalom, M. (2001). *Contar histórias e expressar-se: aprendizagem significativa e plantão psicológico abrindo possibilidades para a clínica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Hegenberg, M. (2004). *Psicoterapia breve* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hillman, J. (1989). A alma e o patologizar. In J. Hillman. *Entre vistas: conversas com Laura Pozzo sobre psicoterapia, biografia, amor, alma, sonhos, trabalho, imaginação e o estado da cultura* (pp. 21-36). São Paulo: Summus.
- Hoonard, W. v.d. (2008). A explosão da bolha: Relações entre pesquisador E participantes pesquisados. In I. C. Z. Guerriero; M. L. S. Schmidt & F. Zicker (Orgs). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde* (pp. 83-101). (Saúde em debate, 188). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Hyde, L. (1995). Introduction. In I. Hyde. *Trickster: makes this world* (pp. 3-14). New York: North Point Press.
- Ismael, S. M. C. (2005). Apresentação. In S. M. C. Ismael (Org.) *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp.13-15). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jacoby, M. (1987). *O encontro analítico: transferência e relacionamento humano*. São Paulo: Cultrix.
- Jaffé, A. (1961/2006). Introdução. In C. G. Jung (1961/2006). (A. Jaffé, Tradução). *Memórias, Sonhos, Reflexões* (pp. 21-29). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jung, C. G. (n.d./1964). *O Homem e seus Símbolos* (4a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jung, C. G. (n.d./1997). Fundamentos da psicologia analítica. In C. G. Jung (1981/1997). *A vida simbólica: escritos diversos* (23-185 ). (Obras completas de C. G. Jung, v. XVIII/1). Petrópolis: Vozes.

- Jung, C. G. (1940/2002). A Psicologia do arquétipo da criança. In C. G. Jung (1976/2002). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo* (pp. 151-180). (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1942/2003). O Espírito Mercurius. In C. G. Jung (1978/2003). *Estudos alquímicos* (pp. 191-243). (Obras completas de C. G. Jung, v. XIII). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1944/1991). *Psicologia e alquimia* (Obras completas de C. G. Jung, v. XII). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1954/2002). A Psicologia da figura do Trickster. In C. G. Jung (1976/2002). *Os arquétipos e o inconsciente coletivo* (pp. 251-266). (Obras completas de C. G. Jung, v. IX/1). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1961/2006). Prólogo. In C. G. Jung (A. Jaffé, Tradução). *Memórias, Sonhos, Reflexões* (pp. 31-33). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jung, C. G. (1971/1985). *A prática da psicoterapia: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência* (Obras completas de C. G. Jung, v. XVI/1). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1971/1990). *Ab-reação, análise dos sonhos, transferência*. (Obras completas de C. G. Jung, v. XVI/2). Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1973/1995). *Símbolos da transformação: análise dos prelúdios de uma esquizofrenia* (Obras completas de C. G. Jung, v. V). Petrópolis: Vozes.
- Kahtuni, H. C. (1996). *Psicoterapia breve psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. São Paulo: Editora Escuta.
- Lamosa, B. W. R. (1987). *O psicólogo clínico no hospital: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Larcher, M. & Araújo, N. (2009). *Comissão pode votar projeto do Ato Médico, mas ainda há resistência*. Recuperado em 06 de julho de 2010, de <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias>
- Lei nº 77, de 25 de março de 2003 (2003)*. Acrescenta dispositivo à Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962, tornando obrigatória a presença de Psicólogo Hospitalar nos serviços de saúde pública e privados. Recuperado em 07 de junho de 2009, de [http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/detalhes.asp?p\\_cod\\_mate=55931](http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/detalhes.asp?p_cod_mate=55931).
- Leite, S. N. & Vasconcellos, M. P. C. (2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13 (1), 113-128. Recuperado em 27 de fevereiro de 2010, de <http://www.googleacademico.com.br>

- Lerner, R. (2008). Contribuições para o debate sobre a viabilidade de trabalhar como pesquisador em uma instituição na qual se é membro da equipe de atendimento e aspectos éticos envolvidos. In: I. C. Z. Guerriero, M. L. S. Schmidt & F. Zicker (Orgs). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde* (pp. 223-236). (Saúde em debate, 188). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Levy, A. (2001a). O posicionamento clínico. In A. Levy. *Ciências clínicas e organizações sociais* (pp. 19-30). Belo Horizonte: Autêntica.
- Levy, A. (2001b). Pesquisa e intervenção. In A. Levy. *Ciências clínicas e organizações sociais* (pp. 79-100). Belo Horizonte: Autêntica.
- Levy, M. et al. al. (2002). *Psicólogo Hospitalar – trânsito interrompido*. Monografia de conclusão de curso de especialização em Psicologia Hospitalar, Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste Ltda., Recife.
- Lima, M. A. S. (2003). Neurociências e psicologia analítica: a dor. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 218-229). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de [http://: www.googleacademico.com.br](http://www.googleacademico.com.br)
- Lispector, C. (1964). *A paixão segundo G.H.* Rio de Janeiro: Rocco.
- Lispector, C. (1999). *Para Não Esquecer*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Luft, C. P. (1991). Pertinência. In C. P. Luft. *Mini Dicionário Luft* (p. 480). São Paulo: Scipione.
- Machado Júnior, P. P. (2007). O baú dos sonhos adormecidos: a dimensão simbólica da rinite alérgica em um estudo de caso. *Boletim de Psicologia*, 57 (126), 89-106.
- Machado, M. N. M. (2001). Três cenários da prática psicossociológica. In J. N. G. Araújo & T. C. Carreiro (Orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica* (pp. 187-206 ). São Paulo: Escuta.
- Maroni, A. (2005). Jung na “era das catástrofes”: noções como complexo, energia psíquica e inconsciente coletivo explicam as dissociações da psique e da condição pós-moderna. *Viver Mente & Cérebro* (Coleção Memória da Psicanálise). Edição Especial, 2, 30-39.
- Maroni, A. (2007). *Eros na passagem: uma leitura de Jung a partir de Bion*. Aparecida: Idéias e Letras.
- Marrach, L. A. F. (2003). A saúde e a doença na experiência das crianças hospitalizadas. *Jung & Corpo*, 3 (3), 17-32.

- Martani, H. C. et al. (2003). Ansiedade: o resultado do jogo dramático entre opostos. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 259-300). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Martelli, A. C. C., Silva, H. C. A. & Furigo, R. C. P. L. (2005). Pele: toques que se transformam em TOC. In *Anais, III Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VIII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 126-155). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Masiero, C. M. T. (2008). *A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho. Uma abordagem psicossomática*. Dissertação de Mestrado, Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Matta, R. M. (2007). A utilização da Terapia do Sandplay no tratamento de crianças com transtorno obsessivo-compulsivo. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 57 (127), 153-164.
- Mattos, P. (1990). O Psicólogo e o Hospital: trabalho ou ilusão? *Psicanálise Pulsional*, São Paulo, 120 (12), 20-26. Recuperado em 28 de maio de 2008, da Google Acadêmico: [www.scholar.google.com.br](http://www.scholar.google.com.br)
- Meana, M. C. R. (2003). Psicologia Hospitalar - trabalho junto a pacientes renais crônicos: um olhar junguiano. In *Anais, II Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 317-326). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Melo, L. M. (1998). *Psicoterapia breve – uma abordagem junguiana*. São Paulo: Instituto Pieron.
- Merriam-Webster (2002). *Webster's Third New International Dictionary, Unabridged*. Recuperado em 18 de outubro de 2009, de <http://unabridged.merriam-webster.com>
- Morato, H. T. P. (1999). Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinariedade. In H. T. P. Morato (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios* (pp. 60-89). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Morato, H. T. P. (2006). Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer, poder ou precisar. In *Anais, VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição - Psicologia e Políticas Públicas* (pp. 38-43). Vitória - Espírito Santo: UFES, 1.
- Morato, H. T. P. (2008). Prática psicológica em instituições: ação política. In *Anais, VIII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Atenção psicológica: experiência, intervenção e pesquisa*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Recuperado

em 29 de janeiro de 2011, de  
[http://www.lefeusp.net/arquivos\\_diversos/VIII\\_simposio\\_anpepp/textos%20pesquisadores/morato08.pdf](http://www.lefeusp.net/arquivos_diversos/VIII_simposio_anpepp/textos%20pesquisadores/morato08.pdf)

- Morato, H. T. P. & Oliveira, M. M. (2006). Plantão Psicológico: uma compreensão possível (p. 1-1). *Anais da Jornada Plantão Psicológico em Aconselhamento Psicológico*, 1. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, 1.
- Morato, H. T. P. & Schmidt, M. L. S. (1999). Aprendizagem significativa e experiência: um grupo de encontro em instituição acadêmica. In H. T. P. Morato (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios* (pp. 117-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moré, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C. & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do Programa de Saúde da Família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1 (1), 59-75.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moris, E. M. C. et al. (2005). Calatonia: a técnica dos toques sutis. In *Anais, III Jornada de Psicologia Junguiana de Bauru e região, VIII Mostra de pesquisas do curso de técnicas terapêuticas junguianas* (pp. 156-166). Bauru: Instituto de Psicologia Junguiana de Bauru e região. Recuperado em 11 de julho de 2009, de <http://www.googleacademico.com.br>
- Nogueira, A. T. (2006). O parto: encontro com o sagrado. *Texto Contexto Enferm.*, 15 (1), 122-130. Recuperado em 09 de julho de 2009, de SciELO (Scientific Electronic Library On Line): <http://www.scielo.br>
- Oliveira, M. S., Werlang, B. S. G. & Wagner, M. F. (2007). Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 57 (127), 205-214.
- Peduzzi, M. (1998). *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas.
- Penna, E. M. D. (2007). Pesquisa em psicologia analítica: reflexões sobre o inconsciente do pesquisador. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, 57 (127), 127-138.
- Penna, E. M. D. (2009). *Processamento Simbólico Arquetípico: uma proposta de método de pesquisa em psicologia analítica*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Pereira, C. G. A. & Dias, M. K. L. M. (2007). Grupo Terapêutico para funcionários do Inrad-HC FMUSP: uma abordagem corporal. *Jung & Corpo*, ano 7 (7), 57-73.

- Perrot, E. (1998). *O caminho da transformação: segundo C. J. Jung e a alquimia* (Coleção Amor e Psique). São Paulo: Paulus.
- Pessoa, F. (2001). O Guardador de rebanhos. In F. Pessoa. *Poesia / Alberto Caeiro* (pp. 21-89). São Paulo: Companhia das Letras.
- Pieri, P. F. (2002). *Dicionário junguiano*. São Paulo: Paulus.
- Ramos, D. G. (1994). *A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus.
- Ramos, D. G. (1995). *A psique do coração: uma analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Summus.
- Resolução CFP nº 02/01* (2001). Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Recuperado em 21 de junho de 2009, de <http://www.pol.org.br>
- Rodrigues, S.R. (2009). *Corpo deficiente e individuação: um olhar sobre pessoas com deficiência física adquirida a partir da psicoterapia breve de orientação junguiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rolnik, S. B. (2007). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Saar, R.C. & Trevisan, M. A. (2007). Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1. Recuperado em 18 de julho de 2008, de <http://www.scielo.br>
- Sakamoto, C. K. (2001). A utilização de indicadores criativos em psicoterapia breve. *Revista Psicologia: teoria e prática*. São Paulo, 3 (1), 23-33. Recuperado em 18 de julho de 2008, de <http://www3.mackenzie.com.br/editora/index.php/ptp/article/viewFile/1097/809>
- Samuels, A. (1989). O ego. In A. Samuels. *Jung e os pós-junguianos* (76-107). Rio de Janeiro: Imago.
- Sandner, D. (1999). *Os navajos e o processo simbólico de cura*. São Paulo: Summus.
- Sarlo, B. (2005). *Paisagens imaginárias: intelectuais, arte e meios de comunicação*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.



- Seibel, J. G. (2006). *Psicoterapia junguiana: um convite a reflexão*. Monografia de conclusão de curso de Especialização em Psicologia Analítica. Centro de Ciências Biomédicas e de Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba.
- Silva, M. G. G. (2006). A persona do analista frente a necessidade de definição de uma conduta médica. *SBPH*, 9 (1). Recuperado em 09 de julho de 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
- Silva, S. C. et al. (2004). A inserção do jogo de areia em contexto psicoterapêutico hospitalar em enfermagem cirúrgica: um estudo exploratório. *Psicologia hospitalar*, 2 (2). Recuperado em 15 de julho de 2009, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
- Silva, S. C. & Freitas, L. V. (2009). A que(m) o psicólogo deve servir no hospital? Um contar de idéias sobre a construção de um lugar, a partir de narrativas com o jogo de areia (pp. 514-517). In *Anais, V Congresso Latinoamericano de Psicologia Junguiana*. Santiago de Chile: Centro de Convenções Sheraton. Recuperado em 02 de outubro de 2010, de [http://congreso.cgjung.cl/pdf/ed\\_digita\\_psicologia\\_junguiana.pdf](http://congreso.cgjung.cl/pdf/ed_digita_psicologia_junguiana.pdf)
- Spink, M.J.P. (Org.). (2007a). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P. (2007b). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In M. J. P. Spink. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 29-39). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. S. & Menegon, V. S. M. (2006). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (Relatório Final). Associação Brasileira de Ensino de Psicologia-ABEP, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.
- Spink, M. J. P. & Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de psicologia* (Campinas), 24(1), 89. Recuperado em 07 de junho de 2009, de SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Ulson, G. (1998). *O método junguiano* (Série Princípios). São Paulo: Ática.
- Vargas, N. S. (2002). Símbolo e psicossomática: o corpo simbólico. *Junguiana*, 20, 29-34.
- Vasconcelos, E. A. & Giglio, J. S. (2007). Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos psicológicos*, 24 (3), 375-383. Recuperado em 09 de julho de 2009, de SciELO (Scientific Electronic Library On Line): <http://www.scielo.br>

- Vechi, L. G. (2010). *A psicologia junguiana aplicada em instituições*. Curitiba: Honoris Causa.
- Vernant, J-P. (1990). Héstia-Hermes - Sobre a expressão religiosa do espaço e do movimento entre os gregos. In J-P. Vernant. *Mitos e pensamento entre os gregos* (pp 151-191). São Paulo: Paz e Terra.
- von Franz, M.-L. (1993). *Alquimia: introdução ao simbolismo e à psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- von Franz, M.-L. (1999). Profissão e vocação. In M.-L. von Franz. *Psicoterapia* (pp. 291-307). São Paulo: Paulus.
- von Franz, M.-L. (2003). *Mitos de criação* (Coleção Amor e Psique). São Paulo: Paulus.
- Weinrib, E. L. (1993). *Imagens do Self: o processo terapêutico na caixa-de-areia*. São Paulo: Summus.
- Wenth, R. C. (2000). *C. G. Jung: a prática da psicoterapia*. Recuperado em 06 de junho de 2009, de <http://www.symbolon.com.br/artigos2.htm>
- Wenth, R. C. (2001). *Alquimia e psicoterapia*. Recuperado em 29 de julho de 2009, de <http://www.symbolon.com.br/artigos2.htm>
- Whitmont, E. C. (1991). *Retorno da deusa*. São Paulo: Summus.
- Whitmont, E. C. (1998). *A Busca do símbolo: conceitos básicos de Psicologia Analítica*. São Paulo: Cultrix.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Yehia, G. Y. (2004). Interlocuções entre plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21 (1), 65-72. Recuperado em 29 de janeiro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v21n1/a06v21n1.pdf>