

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA NARDONI

**Possibilidades de cuidado a profissionais de saúde de instituição hospitalar
universitária:** experiências a partir de um projeto de plantão psicológico

São Paulo
2022

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.

Catologação na publicação Biblioteca
Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nardoni, Fernanda

Possibilidades de cuidado a profissionais de saúde de instituição hospitalar universitária: experiências a partir de um projeto de plantão psicológico / Fernanda Nardoni; orientadora Henriette Tognetti Penha Morato. -- São Paulo, 2022.

141 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Fenomenologia hermenêutica. 2. Profissionais de Saúde. 3. Plantão Psicológico. 4. Cuidado. I. Tognetti Penha Morato, Henriette, orient. II. Título.

FERNANDA NARDONI

**Possibilidades de cuidado a profissionais de saúde de instituição hospitalar
universitária: experiências a partir de um projeto de plantão psicológico**

Versão corrigida

Dissertação de Mestrado 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: Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato

São Paulo
2022

À minha mãe, Tania, por, cuidando tão bem, ter me ensinado a cuidar também.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Nelson, por desejar a minha existência muito antes do meu nascimento, dando-me um lugar no mundo para que eu pudesse vir a ser. Também por me ensinar a ter curiosidade por esse mundo.

À minha irmã, Giovanna, pelo amor potente. Por ter feito eu me sentir tão importante, mesmo quando eu ainda era tão pequena. Pelos argumentos implacáveis que, por muitas vezes, me defendem, mas muitas outras me confrontam, deslocando-me do lugar de quem sabe das coisas.

Aos meus avôs e avós, pelo árduo trabalho, que permitiu aos filhos o estudo que eles mesmos não tiveram. Por, ainda hoje, mesmo depois de terem partido, permanecerem como uma base forte.

À minha superfamília, tia Cláudia, tio Valdir, Pê e Rafa, por me acompanharem tão de perto.

À minha orientadora, Profa. Henriette, pela orientação **pre-ocupada**, conferindo-me a autonomia necessária para que este trabalho pudesse, de fato, **acontecer**.

Aos professores e mestres que passaram pelo meu percurso, em especial à **Profa. Maria Lívia e ao Pedro**, pelas contribuições decisivas na ocasião da qualificação deste trabalho; e por terem sido farol quando eu estava à deriva.

Aos companheiros de LEFE, pelo compromisso conjunto com o ensino, a pesquisa, a extensão e a saúde na universidade.

Aos plantonistas sob minha supervisão, coautores deste trabalho. Em especial **Gustavo, Bárbara, Juliana, Tatiane e Camila**, por permanecerem mesmo em meio ao caos. Pelo desejo compartilhado e pelo entusiasmo em continuamente construir nosso projeto.

Aos meus parceiros de supervisão, Marina e João, por terem abraçado a minha causa. E pelo trabalho impecável.

À comunidade HU, pela abertura ao estranho e persistência no cuidado.

Ao Instituto Dasein, pelo espaço de **de**-formação.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Aos colegas da FMUSP, pela oportunidade e pelas trocas tão decisivas no percurso final deste trabalho.

À Manuela e Mário Eduardo, por, em tempos diferentes, terem sustentado comigo o meu vazio, ajudando-me a permitir que, nele, algo pudesse ressoar.

À minha amiga Paula, pela leveza, pela doçura e pelo apoio que ultrapassa o tempo e o espaço; **e ao meu amigo César**, pela escuta e pelas paixões em comum.

Aos meus amigos de faculdade, pelas discussões acaloradas, pelo crescimento conjunto, pelas danças da vida.

À minha amiga Marina, por partilhar comigo questões tão importantes.

Às minhas amigas Rafaela, Lívia, Marcela, Daniely e Mariana, pela parceria fora do comum, por estarem presentes nos melhores e nos piores momentos e pela torcida animada.

Ao meu amor, Cláudio, pela cumplicidade libertadora desde o primeiro instante. Por sustentar comigo um espaço em aberto por onde podemos nos conduzir, desbravando esse mundão. Nosso encontro é travessia, aconchego, euforia; é barquinho na maré, lar e carnaval.

“[...] wich perhaps was the reward of having care for people; they came back in the middle of St. James’s Park on a fine morning – indeed they did.” (WOOLF, 2012, p. 6-7)

“Não existe nada mais pesado que a compaixão. Mesmo nossa própria dor não é tão pesada quanto a dor co-sentida com outro, por outro, no lugar de outro, multiplicada pela imaginação, prolongada por centenas de ecos.” (KUNDERA, 2008, p. 36)

RESUMO

NARDONI, F. **Possibilidades de cuidado a profissionais de saúde de instituição hospitalar universitária**: experiências a partir de um projeto de plantão psicológico. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Este trabalho busca compreender, junto aos profissionais de saúde do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), as possibilidades de cuidado a esses profissionais a partir de um projeto de extensão de plantão psicológico. Parte-se de pedidos de atenção, cuidado e assistência que reiteradamente eram dirigidos ao plantão psicológico já atuante no hospital. A partir da fenomenologia hermenêutica e utilizando-se da cartografia clínica como metodologia, realiza-se uma pesquisa interventiva que vai, concomitantemente às intervenções em campo, abrindo compreensões acerca das possibilidades de cuidado aos profissionais de saúde. Aponta-se, aqui, a revisão da primazia oferecida a uma epistemologia biomédica que dita as ações de saúde no hospital, bem como o importante papel do psicólogo nas equipes hospitalares — representado, neste trabalho, pela figura do plantonista de Psicologia. O psicólogo aparece, então, como o profissional que poderia sustentar uma escuta que marca uma diferença discursiva no hospital, promovendo a possibilidade de um giro hermenêutico das concepções de saúde, doença e cuidado. Considera-se que esse giro tem o potencial de possibilitar ações em saúde mais humanizadas aos pacientes e mais humanizadoras aos profissionais que as realizam. Propõe-se também um questionamento acerca da lógica capitalista e neoliberal que promove uma mercadologização das ações de saúde e a precarização do trabalho na instituição hospitalar. Além disso, reatualiza-se concepções de cuidado e escuta a partir de uma Psicologia orientada pela fenomenologia hermenêutica, explorando-se as possibilidade e limites da prática de plantão psicológico no hospital.

Palavras-chave: Fenomenologia hermenêutica. Profissionais de saúde. Plantão psicológico. Cuidado.

ABSTRACT

NARDONI, F. **Possibilities of Care for health professionals from a university hospital: experiences of a psychological emergency attendance project.** 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

This research aims to understand the care possibilities directed to health professionals of the University Hospital of Universidade de São Paulo through a psychological emergency attendance extension project. We started with the requests for attention, care and assistance that were repeatedly addressed to the psychological emergency attendance in activity at the hospital. Based on the hermeneutic phenomenology and on the clinical cartography as a methodology, as we made field interventions, we conducted an interventive research that made possible to understand care possibilities for health professionals. Therefore, we propose to review the preference given to biomedical epistemologies, that defines health actions in hospitals. Furthermore, we highlight the important role played by the psychologist in hospital teams, which is represented by the psychologist on duty. Then, we see the psychologist as the professional whose listening can mark a discursive difference in the hospital and promote the possibility of a hermeneutic turn related to the concepts of health, illness and care. We consider that this hermeneutic turn can provide more humanized health actions for the patients and the health professionals. Also, we propose questioning the neoliberal and capitalist logic that promotes health actions marketization and the precarious work conditions in the hospital. Finally, we aim to update the conceptions of listening and caring, based on the hermeneutic phenomenology, and to explore the possibilities and the limits of psychological emergency attendance.

Keywords: Hermeneutic phenomenology. Health professionals. Psychological emergency attendance. Care.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	9
1.1 O DESPERTAR DE UMA QUESTÃO FUNDAMENTAL.....	9
1.2 A RE-ATUALIZAÇÃO DA QUESTÃO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS NO HOSPITAL.....	10
1.3 EM BUSCA DE UM NORTE PARA PÔR A QUESTÃO A CAMINHO.....	12
1.4 OUTRO CENÁRIO PARA A QUESTÃO: O DESMONTE DO HU E A PANDEMIA DA COVID-19.....	18
2 INTRODUÇÃO — OU DANDO A VER SITUAÇÕES QUE PROPICIARAM A QUESTÃO	22
2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: AINDA UMA QUESTÃO PERTINENTE.....	22
2.2 FADIGA POR COMPAIXÃO E <i>BURNOUT</i> : UMA COMPREENSÃO POSSÍVEL PARA A QUESTÃO.....	34
2.3 O NASCIMENTO DO HOSPITAL: QUE INSTITUIÇÃO É ESSA?.....	38
2.4 HISTÓRIA E EPISTEMOLOGIA: DO HOSPITAL AOS FUNDAMENTOS DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	41
2.5 ENTRE O HOSPITAL E OS FUNDAMENTOS DAS CIÊNCIAS: A SAÚDE EM QUESTÃO.....	47
2.6 PSICOLOGIA NO HOSPITAL: A QUESTÃO DA AÇÃO EM SAÚDE.....	50
2.7 O PLANTÃO PSICOLÓGICO: UMA AÇÃO CLÍNICA EM QUESTÃO.....	56
2.8 PLANTÃO NO HU: AÇÃO EM SAÚDE COMO QUESTÃO.....	60
3 METODOLOGIA: POR ONDE EN-CAMINHAR A QUESTÃO	67
4 DISCUSSÃO – OU COMO PODE-SE COMPREENDER O QUE SE DEU A VER	76
4.1 O CARÁTER CUIDADOR DAS AÇÕES EM SAÚDE.....	76
4.2 CUIDADO, EM HEIDEGGER, PARA PENSAR CUIDADO EM SAÚDE.....	92
4.3 A LIDA COM A MORTE E A BUSCA PELA CURA: TESSITURAS POSSÍVEIS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NO HOSPITAL.....	103
4.4 A ESCUTA COMO POSSIBILIDADE.....	111
4.5 A SITUAÇÃO PANDÊMICA: É A PARTIR DA CRISE QUE SE ENCONTRA UMA SAÍDA.....	117
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUNS ENCAMINHAMENTOS PARA A QUESTÃO INICIAL	126

REFERÊNCIAS..... 135

1 APRESENTAÇÃO

1.1 O DESPERTAR DE UMA QUESTÃO FUNDAMENTAL

“Cuidar” é um verbo presente em minha vida desde que me entendo por gente. Foi muito cedo, no microcosmo do seio familiar, que essa história começou. Talvez seja aí que nascem todas as histórias — assim como todas as pessoas, a depender do que se chama de família. A minha, no caso, se formou por um homem e uma mulher que se casaram e me tiveram quando já tinham alguma estabilidade financeira. Formada sem grandes dificuldades, essa família era todo o meu mundo. Mundo que foi abalado por acontecimento também bastante comum: a chegada da irmãzinha. Ainda que desejasse e pedisse por ela, segundo o que meus pais contam, é inegável que a chegada de um bebê estremeceu esse mundo que, até então, para mim, estava na mais perfeita ordem. Contam que, quando cheguei no hospital para conhecer a irmãzinha nova, caí em um choro inconsolável. Ninguém nunca soube me dizer bem pelo que eu chorei, mas temos fotos minhas, até hoje, com os olhos inchados ao lado do mais novo membro da família.

Com ela em casa, já não tinha mais jeito, e tratei logo de reencontrar meu lugar, que, certamente, não era mais o centro. Sempre muito incentivada pelo meu pai, curioso de carteirinha, enveredei pela via do saber e me lancei em direção a esse novo ser, querendo ensinar tudo que sabia. Copiando quase mimeticamente os adultos, também passei a me incumbir de cuidá-la. Sempre que podia, imitava e assistia, com fascínio, essa arte de transformar o bebê em uma pessoa. Tive o privilégio de poder brincar de cuidar da irmãzinha e brincar de ensiná-la todas as coisas, sabendo que teria gente para fazê-lo de fato.

Mas não foi sem consequências, também para a minha constituição como pessoa, que essa brincadeira se desenrolou. Apesar do êxito em poder continuar me sentindo importante nessa rede de relações, abraçar ferozmente o lugar da irmã mais velha trouxe o peso de uma responsabilidade e questões com as quais me debato até hoje. Afinal, logo comecei a perceber que não entendia muito bem o que era isso de cuidar e que ainda, também, tinha muito a aprender. Por diversas vezes, na busca por corresponder a esse lugar que eu mesma havia criado e o qual conhecia muito pouco, enfiei os pés pelas mãos.

A primeira vez que lembro de ter me embaraçado com essa questão foi quando a minha irmã começou a arriscar suas primeiras palavras. Na ânsia de ajudar, frequentemente, quando ela começava a balbuciar sílabas, eu prontamente me antecipava a ela, dizendo em seu lugar, para os adultos, o que eu achava que ela queria. Naquele momento, minha mãe interveio, me

dizendo, gentilmente, que sabia que eu queria ajudá-la, mas que ela ainda estava aprendendo e que, se eu conseguisse respirar fundo e esperar o tempo dela, em algum momento, ela mesma conseguiria dizer o que queria. Mas, que coisa é essa que pode ser chamada de “cuidar”, então, e que não é atender o outro e supri-lo de suas necessidades? Até hoje, me impressiono com o modo como minha mãe pôde explicar de maneira tão simples e carinhosa a uma criança de cinco anos algo que ainda luto para compreender em profundidade, apesar de sabê-lo tacitamente: cuidar nem sempre é *fazer por*, e o amor é uma aposta no outro: muitas vezes, é preciso aguardar em silêncio, expectante, para que ele possa advir.

Bom, minha irmãzinha cresceu, tornou-se uma advogada extremamente argumentativa, sensível e perspicaz, mostrando, a cada oportunidade, que não precisa que ninguém fale por ela. E eu? Fiz do meu ofício o ato de escutar.

1.2 A RE-ATUALIZAÇÃO DA QUESTÃO A PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS NO HOSPITAL

Apenas muitos anos depois, já há um bom tempo em análise, pude reconstruir — mediante a escuta de alguém — essa história. Mas ela pareceu me conduzir a vida toda, junto com tantas outras, que a retomavam e a transformavam.

Foi em um momento no qual a escuta como ofício já era caminho decidido por mim que me deparei novamente com questões em torno do cuidar. Ao estagiar em um hospital, vi-me novamente em uma cena em que assisti a uma mãe tentar encontrar seu modo de cuidar de seu bebê. Junto a ela, estava uma profissional de saúde que, por sua vez, parecia bastante decidida sobre seu modo de cuidar de ambas — encontro desastroso, ao qual assisti angustiada.

O paciente, recém-nascido de apenas algumas semanas, sofria de uma doença genética que afetava o sistema neurológico, e sua estimativa de vida era de apenas de um ano. Antes do contato com o paciente e sua mãe, eu e minha colega fomos informadas que a mãe estava “ciente” e “bem informada” das condições do filho. A ideia desse contato era apenas uma observação que nós, como estagiárias de Psicologia, precisávamos fazer no início desse estágio. Assim, fomos orientadas a não intervir e apenas assistir à interação da profissional de saúde da equipe hospitalar, C., com a mãe. A proposta tornava a situação, por si só, bastante desconfortável para nós e, possivelmente, para todos os envolvidos.

Quando entramos no quarto, a mãe do paciente estava assistindo televisão. Demonstrou interesse em conversar conosco e com a profissional de saúde que nos acompanhava, apesar de

continuar voltada para a TV o tempo todo. Enquanto a profissional manuseava o paciente, realizando procedimentos, a mãe comentou algumas reações dele. Em um primeiro momento, perguntou se ele ainda estava sobre efeito da sedação, pois parecia que, às vezes, se assustava com barulhos, arregalando os olhos. C. respondeu que essa reação “era dele mesmo”, ou seja, de sua condição neurológica. Em outro momento, enquanto C. fazia uma espécie de massagem nas costas do paciente, ele encostou a cabecinha e fechou os olhos; a mãe, então, sorriu timidamente e comentou que ele parecia gostar disso, ao que C. respondeu: “olha, já fizeram esse procedimento em mim, e eu não achei gostoso, não”. Em outro momento ainda, a mãe observou as mãozinhas de seu filho fechadas com força e disse: “ele fica tão tenso que fecha as mãozinhas”. C. respondeu à mãe que “isso também era dele”. A cada fala desse tipo, proferida pela profissional, a mãe voltava-se novamente para a TV e ficava um tempo sem olhar para o filho. A atmosfera pesava, e eu e minha colega nos entreolhamos, incomodadas, mas paralisadas pela recomendação de não intervir.

Ao acabar o procedimento, C. o pegou no colo e começou a niná-lo. A mãe olhou e, virando-se para mim, disse: “olha aí, é isso que ele quer”. Sendo interpelada diretamente, não pude mais seguir a recomendação de não intervir e fiz questão de abrir um sorriso e assentir firmemente para a mãe, buscando fazer um movimento contrário ao da outra profissional, que logo se punha a responder tecnicamente às falas da mãe, cortando, ainda que involuntariamente, a possibilidade de que ela sonhasse com as vontades, preferências e sentimentos de seu filho. Após um tempo ninando o bebê, todos do quarto em silêncio, C. começou a se preparar para deixar o leito (no hospital, não há muito tempo para se “perder”) e, então, perguntou se a mãe gostaria de pegá-lo. A mãe respondeu: “Ah não, ele já enjoou do meu colo”. C., então, respondeu em voz fina, como se reproduzisse o bebê falando “não pode enjorar de me pegar no colo, mãe!”. Perguntou novamente se a mãe gostaria de ficar com ele no colo ou se ela poderia colocá-lo no berço. A mãe disse que ela poderia colocá-lo no berço. Nós nos despedimos e saímos do quarto.

Ao relatar a situação à nossa supervisora, ela demonstrou preocupação e disse que falaria com a colega. Mas falaria o quê? Como? A profissional parecia conduzir seu atendimento ao paciente e sua mãe a partir do seu mais profundo saber técnico. Parecia-me que o que eu havia presenciado ali vinha de uma compreensão de humano já muito cristalizada. Mas, mais do que isso, de um lugar de evitação mediante o horror de ver uma mãe insistindo em amar um bebê que não sobreviverá. Qual o lugar ético do psicólogo diante dessa profissional? Tão tecnicamente competente, quanto apavorada, defendida e angustiada?

Não tive a oportunidade de presenciar esse trabalho da psicóloga com a profissional. E as poucas horas semanais previstas para esse curto estágio, bem como a função designada para estagiários nele, não permitiram que eu tivesse oportunidade para voltar ao assunto. Mas aquilo permaneceu em mim, como a chama acesa de uma indagação, como diria um colega de plantão, anos mais tarde.

Essa experiência me marcou profundamente. A partir desse dia, jamais pude deixar de considerar aquilo que o profissional fala, mostra e faz como parte fundamental da trama que sustenta o trabalho na instituição, mesmo que — supostamente — estejamos ali para oferecer assistência exclusivamente ao paciente.

1.3 EM BUSCA DE UM NORTE PARA PÔR A QUESTÃO A CAMINHO

Apesar de já ter transitado por diversas instituições hospitalares, meu primeiro e mais importante contato com a prática psicológica em hospital foi através do projeto realizado no Hospital Universitário (HU), pelo Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LEFE – IPUSP). Nele, estive desde meu segundo ano de graduação, como estagiária, até os dias de hoje, em que atuo como supervisora, totalizando quase dez anos de participação no projeto.

A proposta do estágio, quando entrei no projeto, era que estivéssemos na instituição para oferecer atendimento psicológico, ainda que pontual e breve, através da prática de plantão psicológico. A ideia era de que circulássemos livremente pelo hospital, em duplas, e que nos colocássemos disponíveis para oferecer escuta a todos os atores institucionais do hospital que demonstrassem interesse pelo atendimento psicológico. Entretanto, eram poucas as vezes em que eu me via diante da possibilidade de realizar um atendimento aos funcionários e residentes do hospital.

Nas supervisões, raramente falávamos de alguma interação com os profissionais como foco da questão que dirigíamos ao supervisor. Mas falávamos de como, no humano, o sofrimento se expressa de diversas maneiras, nem sempre ditas, nem sempre nítidas. O trabalho no plantão nos convocava a nos deixar tocar por demandas antes mesmo que elas pudessem ser declaradas ou até reconhecidas pelo próprio sujeito. Para, assim, abrindo escuta, possibilitar que ele pudesse escutá-las também.

Levando essa lição comigo a cada vez que ia para o campo, eu não podia, dessa forma, deixar de escutar as questões que vinham acompanhadas das poucas interações que tínhamos

com os profissionais do hospital. Ainda que sentisse com eles muita dificuldade de entrar naquilo que nos traziam como pedido ou queixa, esforçava-me para abrir alguma escuta a eles.

Não raro, ao começar a aprofundar em uma conversa com um outro profissional sobre os próprios afetos e questões, uma atmosfera de incômodo pairava sobre o encontro. Logo eles voltavam a falar dos casos que estavam acompanhando com uma objetividade forçosa, deixando claro que, ali, apenas as questões dos pacientes tinham espaço. Essas interações eram também atravessadas pela dificuldade em falar “a mesma língua”, mesmo quando o assunto eram os pacientes e os procedimentos do trabalho hospitalar.

Sentia-me inconveniente no encontro com esses outros profissionais, e meus colegas relatavam sentir o mesmo desconforto. Os profissionais, por sua vez, raramente solicitavam atendimentos psicológicos para eles mesmos, o que confirmava para nós uma ideia de que não se interessavam pelo atendimento. No entanto, uma insistente menção à necessidade de cuidado sempre esteve presente e retornava. Ora surgia através da reclamação contínua deles sobre as condições de trabalho ou sobre as dificuldades com paciente A ou B, ora através da gestão do hospital, que buscava, formalmente, a coordenação do projeto, solicitando mais atenção aos funcionários. Ou, ainda, através de falas ambíguas, jocosas ou constrangidas, que diziam que a demanda por atenção psicológica aos profissionais de saúde era existente e persistente.

No entanto, sem compreender bem o que ocorria na relação que eu (não) podia estabelecer com os profissionais, assim como acontecia com a maioria dos meus colegas que experimentavam a frustração de oferecer escuta a eles, ia me dedicando cada vez mais aos pacientes e deixando de lado aquilo que escutava como um apelo do corpo trabalhador da instituição. O distanciamento entre plantonistas e outros profissionais do hospital era facilitado também pelo modo como compreendíamos nossa prática de plantão: como o atendimento poderia acontecer independentemente dos pedidos da equipe, era comum que os plantonistas passassem vários plantões sem contato com a equipe, dirigindo-se apenas e diretamente a acompanhantes e familiares. Circulávamos livremente pelo hospital e realizávamos os atendimentos de acordo com o que nós mesmos estabelecíamos como uma demanda aparente. Assim, passaram-se anos em que a possibilidade de oferecer escuta, atenção e/ou cuidado aos profissionais da instituição manteve-se à margem.

Paralelamente às questões que envolviam a escuta aos profissionais de saúde, sentia-me convocada também a compreender melhor o lugar do plantão psicológico nas instituições em que atuava e como era a experiência do atendimento de plantão psicológico para as pessoas que usufruíram dele em algum momento. Foi esse o tema da iniciação científica que realizei

pelo LEFE, ainda na graduação, intitulado “Atendimento de plantão psicológico em Instituições: avaliação através da experiência de usuários”. Para isso, realizei entrevistas de *follow up* com pessoas que recentemente haviam participado do plantão no Hospital Universitário (HU) e no Departamento Jurídico (DJ) da Faculdade de Direito da USP, outra instituição onde o plantão atuava na época e atua até hoje. A pesquisa foi concluída sem grandes desdobramentos e, nela, foi verificado que era muito difícil apreender a experiência dos usuários de plantão, podendo ser um problema com a metodologia utilizada (uma vez que realizávamos as entrevistas de *follow up* minutos após os atendimentos) ou até mesmo com a natureza do objeto da pesquisa (a experiência). No entanto, era possível perceber nos relatos das pessoas que elas valorizavam a experiência de terem sido escutadas, ainda que não pudessem dizer com clareza exatamente o que essa escuta havia promovido, por assim dizer, para elas.

É importante destacar que me deparei com a ausência total de atendimentos a funcionários do hospital no período em que se desenvolveu a pesquisa. Assim, não realizei nenhuma entrevista de *follow up* com nenhum profissional de saúde do hospital. No entanto, pude entrevistar um aluno de Direito que, na instituição em que trabalhava realizando seu estágio, ocupava uma função mais ou menos equivalente ao profissional de saúde do hospital: na medida em que fazia atendimento ao público, era incumbido da função de resolver os problemas trazidos pela população atendida a partir de seu conhecimento teórico e técnico, bem como realizava esse trabalho de assistência conjuntamente com o plantão, em um trabalho interdisciplinar. O estagiário também demonstrou uma dificuldade em enxergar a presença do plantonista como possibilidade de cuidado para si, de se abrir para uma escuta psicológica, colocando-se no lugar de cliente, como acontecia com os profissionais do HU. Via mais o estagiário de Psicologia como um parceiro que daria conta daquilo que ele, como aluno de Direito, não dava. Isso também já havia sido observado com os profissionais do HU e relatado em trabalhos anteriores (CAUTELLA JÚNIOR, 2012; COSTA, 2014). Entretanto, nós do plantão continuávamos considerando tanto funcionários do HU quanto alunos de Direito do DJ como nossos clientes. Contudo, o que sustentava que continuássemos oferecendo nossa escuta a esses atores institucionais que, aparentemente, não consideravam o plantão psicológico como possibilidade de cuidado para si? Ao final da iniciação científica, esta questão permaneceu em aberto, não respondida, aguardando encaminhamentos.

Depois de formada na graduação, ingressei em um Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) no Hospital Pérola Byington, no qual passei a fazer parte de uma equipe de

Psicologia Hospitalar. Os questionamentos acerca das possibilidades de cuidado psicológico com os profissionais de saúde da instituição hospitalar retornaram com força. Primeiramente porque o modo como o serviço de Psicologia estava estruturado no hospital exigia a constante lida com os outros profissionais da equipe médica e com suas solicitações: grande parte do trabalho dos psicólogos das enfermarias se realizava através de pedidos de interconsulta da equipe. Nessa instituição, os profissionais solicitavam atendimentos psicológicos para pacientes e acompanhantes, mas também solicitavam nosso parecer sobre os casos e nos chamavam para discussões interdisciplinares. Enquanto me adaptava a essa nova forma de trabalhar, ia notando outra diferença: lá, muito frequentemente, os profissionais dirigiam aos psicólogos uma demanda de cuidado para si, às vezes através de incessantes queixas sobre sua saúde mental, sobre seu cansaço e condições de trabalho, bem como sobre dificuldades enfrentadas na lida com os pacientes e seus familiares. Por outras vezes, também através de pedidos explícitos de atendimento psicológico para si e da criação de um espaço de escuta para eles dentro do hospital.

Observo essa contradição e passo a me questionar sobre ela: em uma instituição na qual o plantão psicológico se oferecia como escuta aberta a todos os atores institucionais, a busca pelos outros profissionais de saúde era rara; na outra, na qual o serviço de Psicologia se propunha a uma prática mais dentro dos moldes da Psicologia Hospitalar, na qual sua atenção se voltava para o atendimento aos pacientes e acompanhantes, ainda que o trabalho institucional com a equipe multiprofissional se fizesse importante, o pedido para que a Psicologia atendesse também os funcionários era recorrente. Como compreender essa diferença?

Passei a abrir, junto à equipe de Psicologia do hospital no qual eu realizava o aprimoramento, reflexões acerca desses pedidos explícitos de atendimento aos funcionários da própria instituição que chegavam a nós e como isso se relacionava (ou não) com o modo como atendíamos (ou não) às demandas da instituição e às demandas individuais de cada um desses profissionais. Como fazíamos parte do corpo institucional e já havíamos averiguado, a partir de experiências antigas, que realizar atendimentos aos nossos colegas de trabalho seria desastroso, estabelecemos que, diante desses pedidos, faríamos ao menos uma conversa no sentido de orientar esses profissionais a buscarem em outros serviços o atendimento psicológico. Isso porque a equipe acreditava que somente fechar a possibilidade de escuta naquele momento em que a demanda emergia não teria nenhum benefício. Era importante manter essa possibilidade aberta para eles, pois muitas vezes, encontravam em nós a primeira possibilidade de falar de seu sofrimento, frequentemente velado no seu cotidiano, e para nós, porque se tratava de uma

postura ética diante deles que, nesses momentos, confiavam a nós a possibilidade de algum cuidado.

Também diante de outros acontecimentos no cotidiano do trabalho nesse hospital, era necessário manter uma escuta clínica sempre em ação, pois as falas e ações dos profissionais desvelavam uma série de questões institucionais e pessoais. Para conseguir desenvolver um bom trabalho junto a eles, ainda que esse trabalho se mantivesse direcionado para os pacientes e acompanhantes, era necessário poder escutar quando o profissional chamava, porque estava angustiado demais para lidar com alguma situação, quando ele solicitava porque identificou uma demanda importante no paciente ou quando ele chamava por estar sobrecarregado com as tarefas cotidianas. Escutar o modo singular como cada profissional fazia uso da presença e do trabalho do psicólogo era parte importante para que pudéssemos nos posicionar diante de certas demandas clínicas e institucionais. Afinal, não era possível nem desejável atender a tudo que nos era solicitado, da forma como era esperado.

No entanto, mesmo com esse trabalho da equipe de Psicologia do hospital, o sofrimento de muitos profissionais transbordava: em conflitos na equipe, modo ruim para lidar com pacientes e familiares, pedidos constantes de afastamento e queixas e mais queixas que entoavam uma música ambiente de insatisfação e ecoavam individual e coletivamente, como um coro.

O trabalho da equipe de Psicologia, mesmo no que dizia respeito à assistência ao paciente, não passava incólume. Não era sempre possível trabalhar em parceria com as equipes e contar com outros profissionais para o cuidado mais “subjetivo” do paciente e acompanhantes. Muitas vezes, a equipe de Psicologia era vista com desdém. Em outros momentos, como a salvação absoluta, o trabalho era todo despejado nos profissionais da Psicologia. Nessa direção, para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso desse programa de aprimoramento, debrucei-me, então, sobre o tema “O Psicólogo Hospitalar sob o olhar dos demais profissionais do Centro de Referência de Saúde da Mulher”. O trabalho teve como objetivo buscar compreender quais as possibilidades de cuidado e como os outros profissionais as viam na atuação do psicólogo no hospital, a partir da experiência que eles tinham com a equipe de Psicologia.

Tendo finalizado o aprimoramento e carregada com todas essas questões, decidi retornar ao laboratório onde realizei meu primeiro estágio em hospital, guiada pela percepção de que tudo isso que eu tinha vivido e refletido durante o aprimoramento já havia me atravessado desde os primeiros contatos com os profissionais de saúde. Estava mobilizada por, de alguma forma,

dar continuidade às elaborações que eu tinha iniciado. Em conversa com minha futura orientadora de mestrado, disse a ela que gostaria de voltar para investigar melhor as possibilidades de cuidado com os profissionais de saúde do HU. Ela, então, me informou de que ela havia recebido alguns pedidos, ainda que informais, de gestores da instituição para que reelaborássemos o projeto, que ainda estava atuante no hospital, no sentido de retomar o foco de atendimento a esses profissionais. Ao mesmo tempo, alguns alunos da graduação já estavam elaborando um projeto de iniciação científica para pensar também sobre as possibilidades de atuação do plantão psicológico frente a demandas dos profissionais do hospital.

Nesse projeto de iniciação científica¹, no qual fui convidada a participar como colaboradora pouco antes de entrar no curso de mestrado, foi possível perceber que muitas das vezes em que éramos buscados por profissionais de saúde, seja durante o plantão, seja a partir de convocações de reuniões com a gestão, o principal mobilizador dessa busca girava em torno de uma sensação de “falha” ou “insuficiência” dos resultados almejados pela instituição, que passavam por queixas acerca de sua organização, condições de trabalho e estabelecimento de protocolos para lidar com situações críticas do cotidiano hospitalar, mas afunilavam-se, ao final das conversas, em pedidos por um projeto de atenção psicológica aos profissionais de saúde, que apresentavam adoecimentos com cada vez mais frequência diante do cenário. No entanto, durante essa pesquisa, observamos que o uso que os profissionais de saúde faziam do plantão era irrisório. Apesar da pesquisa ter aberto a possibilidade de maior aproximação dos profissionais, dado que a relação entre os plantonistas e profissionais de saúde do HU vinha se apresentando distante nos últimos anos, os atendimentos de plantão raramente ocorriam, e as interações avançavam apenas no âmbito das conversas sobre os pacientes.

Desse modo, norteadas por essa questão acerca de como o cuidado pode acontecer, tão fundamental em minha história, ingresso em 2018 no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, com a tarefa de elaborar uma resposta possível à pergunta: quais possibilidades de cuidado se abrem para os profissionais de saúde de instituição hospitalar a partir de um projeto de plantão psicológico?

¹ Referência ao trabalho apresentado no 23º Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP (SIICUSP), em 2018, por João Vitor Lemos França e Taís Silva da Mata, em coautoria comigo e com orientação da Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato.

1.4 OUTRO CENÁRIO PARA A QUESTÃO: O DESMONTE DO HU E A PANDEMIA DA COVID-19

Antes de iniciar o texto propriamente dito, é importante destacar que dois principais acontecimentos sociopolíticos permearam esta pesquisa de maneira cabal, fornecendo ou retirando as possibilidades em que ela poderia se desenvolver e marcando a mim, pesquisadora, de modo irreversível.

A construção desta pesquisa começou no ano de 2017, quando o cenário da saúde brasileira e paulista já vivenciava um desmonte. Desde essa época, já podíamos observar cortes de verbas e congelamento nas contratações de novos funcionários (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017), o que, por si só, já colocava em xeque o bom funcionamento institucional na universidade. Os programas de incentivo à demissão voluntária (PIDV), que culminaram em demissões em massa de professores e funcionários da USP, bem como do Hospital Universitário (HU), marcaram a comunidade universitária, trazendo à tona problemas graves de precarização do trabalho. No HU, especialmente, o cenário que se desenvolveu a partir dos PIDV foi se tornando macabro. Alas inteiras foram desativadas por falta de recursos humanos para atendê-las, e um hospital que outrora era comparado a um aeroporto, por haver muito movimento, foi se tornando um hospital esvaziado, silencioso e cada vez mais insalubre para aqueles que optaram por ou precisaram continuar nele.

Em nota pública², emitida pelo Centro Acadêmico da Faculdade do curso de Medicina da USP-SP em abril de 2021, afirma-se que

de acordo com Anuários Estatísticos da USP, o número de consultas médicas passou de 163.035 em 2013 para 79.058 em 2019 (uma redução de 51,5%). No mesmo período o número de leitos passou de 233 para 127 (diminuição de 45,5%).

Sobre os funcionários, a nota aponta que o hospital sofreu a redução “de 495 funcionários entre 2013 e 2019 (redução de 26,7%)” e que “o quadro de funcionários próprios restante, ao longo desses quase 10 anos sem contratações permanentes, sofre envelhecimento e baixas por aposentadorias e problemas de saúde”.

Foi nesse cenário que se intensificaram os pedidos ao LEFE, que já atuava no hospital desde 2007, pelo apoio psicológico de trabalhadores do HU. Nesse mesmo cenário, assumi a

² Nota disponível em: <https://www.caocmedusp.com.br/post/nota-p%C3%BAblica-do-caoc-sobre-a-alarmante-situa%C3%A7%C3%A3o-do-hospital-universit%C3%A1rio-hu>. Acesso em: 27 set. 2021.

posição de supervisora e coordenadora do projeto de plantão psicológico no HU, conduzindo esta pesquisa a partir desse lugar e desse contexto.

A dissertação está sendo concluída em um momento ainda mais sensível. Em março de 2020, aproximando-se do final desta pesquisa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o novo coronavírus como pandemia mundial. O terror que vivemos no país e no mundo diante da conjuntura pandêmica da covid-19, a negligência por parte de instâncias políticas, cujo dever é proteger seus cidadãos, e a necessidade do isolamento social para prevenção e controle da pandemia viraram do avesso nosso cotidiano e, conseqüentemente, interferiram no cronograma previsto para este trabalho.

Além do grande desafio que muitos de nós vivemos para seguir realizando nossas tarefas em meio ao caos, a pandemia trouxe, especificamente para esta pesquisa, condições ainda mais inesperadas. Foi necessário finalizar o próprio trabalho de campo à distância. O tema escolhido, ainda mais, incidia diretamente em um dos aspectos mais abordados pela sociedade na situação pandêmica: o cuidado e a atenção a profissionais de saúde. Nesse momento, a grande maioria deles estava enfrentando o auge crítico de suas carreiras. Ao mesmo tempo que se sentiam especialmente despreparados para o que estava acontecendo, tornavam-se as peças mais fundamentais para possibilitar a travessia da população pela pandemia.

O ano de 2021 foi designado, pela OMS, como o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores. Muitas homenagens passaram a ser feitas aos profissionais da linha de frente. De repente, passou-se a pensar no tema esquecido: o cuidado de quem cuida. Era comum, no entanto, observar, aproximando-se da prática, o quão desassistidos esses profissionais estavam, pois tinham que atuar de forma sobre-humana. Dando conta de trabalhar em condições mínimas, recebiam o título de “super-heróis”.

Vimos cenas trágicas com a falta de oxigênio em Manaus, hospitais lotados, profissionais tendo que decidir por conta própria quem viveria e, simultaneamente, o completo descaso do governo federal na criação de políticas públicas que pudessem conter esse momento de crise e mitigar problemas de gestão que levassem a tal situação. Os profissionais foram colocados para lidar com o horror, além dos desafios da própria situação pandêmica: super-heróis abandonados à própria sorte.

Foi devastador escrever sobre cuidado em um momento em que os profissionais experienciavam tanta angústia diante da morte de seus pacientes e, ao mesmo tempo, de entes queridos. Nesse período, o medo da morte diante do adoecimento e da finitude do outro era mais real do que nunca, mas, ainda assim, tinham que continuar.

Para além disso, fomos assistindo, desesperados, ao avanço da descrença no potencial da ciência e da pesquisa. Fui me sentindo cada vez mais desanimada com a minha própria pesquisa. Tinha a sensação de que nenhum projeto de cuidado no mundo poderia fazer diferença diante do sofrimento que se apresentava nesse encontro entre a agudez da situação e o abandono. Porém, ao mesmo tempo que o trabalho de escrita de um texto sobre cuidado parecia aversiva, o trabalho prático me convocava a isso mais do que nunca.

Logo no início da pandemia, fui chamada pela minha orientadora, a Profa. Henriette Morato — que estava, junto a outros professores do IPUSP, compondo um Conselho Consultivo —, para a elaboração de um projeto que pudesse continuar respondendo, como um lugar de referência em atendimento psicológico à comunidade, que o IPUSP se constituiu ao longo dos anos. Assim, com a coordenação geral do Prof. Pablo Castanho, passei a integrar o Comitê Gestor e Executivo do Projeto de Apoio Psicológico Online (PAPO), do IPUSP, junto a uma equipe bem-disposta de graduandos, pós-graduandos, funcionários e egressos. Em meados de abril de 2020, o PAPO abriu suas portas (ou seria mais apropriado dizer janelas?), oferecendo apoio psicológico na modalidade on-line à comunidade USP. Após sua implementação, eu mantive minha participação como supervisora do projeto, supervisionando os colaboradores que realizavam os atendimentos on-line e fazendo um intermédio entre o HU e o projeto, levando as necessidades deste grupo específico à estrutura do PAPO.

Dessa forma, meu campo de pesquisa foi atualizado e passou a acontecer digitalmente, dentro desse novo projeto, no contato remoto com profissionais da saúde e gestores do HU. Os desdobramentos desse trabalho de campo foram, aos poucos, aparecendo, e me surpreendi, mais uma vez, com o potencial dessa insistência de oferecer cuidado. A parceira com os alunos de graduação e com outros supervisores do projeto, o empenho de todos em se manter trabalhando foi mais essencial do que nunca, e, quando vi, estava reerguida, pronta para seguir também com a minha escrita.

Agora, no momento de concluir esta pesquisa, a pandemia já se encontra com outra cara. Apesar de termos ultrapassado o número de 600 mil mortes, a vacinação, no Brasil, tem sido eficiente e nos permitiu sair de nossas casas. Algumas recomendações ainda foram mantidas, como a utilização de máscaras, a higienização das mãos e o afastamento de aglomerações, mas, com a flexibilização, acabam não sendo cumpridas em totalidade. Assim, as ditas “ondas” da pandemia seguem indo e vindo, e vemos os profissionais, tão homenageados no início da pandemia, ainda sob condições precárias de trabalho, com carga excessiva, baixa remuneração,

falta de materiais, entre outros, somados a um cansaço extremo. Nossa sociedade nunca assistiu a um aumento tão significativo de casos de *burnout*.

Diante disso, concluo essa apresentação ressaltando que, se vimos cenas absurdas durante a pandemia e se chegamos a um número tão alto de mortos, não foi, de maneira alguma, por descuido daqueles que estavam na linha de frente — se alguns de nós puderam sobreviver foi porque eles colocaram em jogo a própria saúde para seguir realizando seu ofício —, mas por causa da negligência de quem estava acima e muito, muito distante da realidade dessas pessoas.

Que esta dissertação possa oferecer companhia a quem se aventura a ir a campo nas instituições de saúde, a quem se desafia a gerenciá-las e a quem ainda faz o que lhe é possível para seguir em direção ao cuidado da coletividade ao seu entorno. Que, a partir desse cuidado, possamos seguir, resistir, persistir, mas não sem lutar pelo nosso direito de viver (e de trabalhar) bem.

2 INTRODUÇÃO — OU DANDO A VER SITUAÇÕES QUE PROPICIARAM A QUESTÃO

Diante do que foi anteriormente exposto como disparador inicial desta pesquisa, abro o percurso introdutório deste trabalho me debruçando sobre o sofrimento dos profissionais de saúde, do que é possível levantar da literatura acerca dos problemas e desafios enfrentados no trabalho em saúde. Posteriormente, avanço na relação que vai sendo estabelecida na modernidade entre saúde e conhecimento. Ao fim do capítulo introdutório, aproximo-me das possibilidades abertas pelo plantão psicológico já realizado há tantos anos na instituição e dos limites que já foram encontrados durante as tentativas de oferecer atenção e cuidado aos profissionais do hospital em que o plantão e esta pesquisa acontecem.

Este percurso parece oportuno na medida em que este trabalho é sustentado por uma perspectiva fenomenológico-hermenêutica, a partir da qual o contexto se impõe como ponto fundamental para a possibilidade de construir qualquer compreensão a partir do que se apresenta como fenômeno a ser investigado. O percurso metodológico deste trabalho é explicitado em maior profundidade posteriormente, no capítulo de “Metodologia”.

Em seguida, apresento o que pôde ser recolhido durante a investigação-interventiva que compõe esta pesquisa, buscando tecer compreensões fenomenológicas a partir do que se apresenta em campo, dialogando com outros trabalhos e autores pertinentes. Por fim, busco elaborar respostas possíveis às perguntas levantadas durante a pesquisa, a fim de construir possibilidades para o cuidado com profissionais de saúde que trabalham em instituição hospitalar.

2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE: AINDA UMA QUESTÃO PERTINENTE

A OMS define como trabalhadores de saúde todos aqueles cujo trabalho está relacionado direta ou indiretamente à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Portanto, todos os que trabalham no ambiente hospitalar seriam, segundo essa classificação, trabalhadores de saúde. No entanto, a presente pesquisa se debruça sobre os profissionais especializados no trabalho em saúde, tomando o campo da saúde como área de conhecimento e de práxis, simultaneamente. Desse modo, quando nos referirmos aqui a profissionais ou

trabalhadores de saúde, estaremos nos referindo às profissões que compõem o quadro multiprofissional das equipes de saúde³.

A década iniciada no ano de 2006 foi dedicada, pela OMS, à saúde dos trabalhadores desta área, propondo-se aos países que formas de planejamento e qualificação de médicos e profissionais de Enfermagem fossem realizadas, a fim de aumentar também sua empregabilidade (BAPTISTA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006)

Para falar da saúde do trabalhador de saúde, é importante explicitar que, apesar de cada profissão contemplada por essa área do conhecimento ter suas próprias características, epistemologias, bem como a própria práxis, é inegável que, quando no ambiente hospitalar, todos os profissionais acabam compartilhando certos aspectos de suas atividades, uma vez que se voltam para a produção de saúde e/ou cura de processos de adoecimento.

Ao abordar a questão da saúde dos profissionais de saúde, Nogueira-Martins (2003) considera que

[...] embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. (NOGUEIRA-MARTINS, 2003, p. 59)

Seguindo esta compreensão de Nogueira-Martins (2003), busco explicitar alguns aspectos já levantados pela literatura acerca da saúde do profissional de saúde, tomando os estudos específicos de certa categoria profissional como potenciais elucidadores do contexto dos trabalhadores de saúde hospitalares em geral, destacando as especificidades apenas quando necessário.

A saúde do trabalhador de saúde é tema estudado já há alguns anos pela comunidade científica. Nesse sentido,

³ A expressão “trabalhador de saúde” é a designação oficial usada pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) para se referir às pessoas cujas ações se dirigem direta ou indiretamente à saúde, tomando-a como ofício, trabalho. Tal expressão, por si só, explicita um lugar social ocupado por essas pessoas na sociedade capitalista e, assim, realça uma série de questões em jogo na experiência cotidiana desse grupo. Por outro lado, a alcunha “profissionais de saúde” designa o caráter especializado do trabalho de um certo grupo dentro dos trabalhadores da saúde, a saber, aqueles que compõem as equipes multiprofissionais, fundamentados nas chamadas Ciências da Saúde. Desse modo, o termo “profissional” marca a autonomia de determinadas áreas a partir do reconhecimento entre os pares, fazendo apelo ao modelo científico vigente (GADAMER, 2006). Além disso, o termo sugere o caráter processual e duradouro da construção de uma profissão, implicando uma espécie de identidade construída por meio do trabalho. Então, ambas as expressões se mostraram adequadas a esta pesquisa e foram empregadas em função do que foi usado pelos autores que são citados, pelo tema em debate a cada momento no decorrer do texto e em função da qualidade do fluxo textual.

As questões relacionadas ao ambiente de trabalho e à saúde mental dos trabalhadores da saúde têm sido cada vez mais discutidas, inclusive na literatura internacional, no sentido de reconhecer elementos desencadeadores de processos de adoecimento, considerando os agravos à saúde e o impacto na qualidade da assistência (GARTNER *et al.*, 2012; GIRONDI, GELBECK, 2011; LAMONTAGNE *et al.*, 2008; STANSFELD, CANDY, 2006). (BAPTISTA, 2014, p. 105)

Autores apontam fortes evidências de incapacidade para o trabalho decorrente de agravos na saúde como problema mundial, noção encontrada em literatura nacional e internacional, que evidencia o quanto essa realidade incide diretamente nos serviços de saúde. A área de Enfermagem se destaca na produção desses estudos, dedicando-se a compreender os processos de adoecimento no trabalho a partir de diferentes perspectivas, assim como diferentes fenômenos circunscritos como adoecimento de profissionais da Enfermagem. Tal preocupação provavelmente se deve ao fato de que a categoria profissional é uma das que mais apresenta desgastes laborais, quando comparada a outras categorias que compõem as equipes multiprofissionais, destacando-se os desgastes muscoesqueléticos e psíquicos (KOVÁCS, 2010; REMIJO, 2018; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011). Apesar de os enfermeiros ocuparem hoje cargos em todos os níveis de atenção, o hospital ainda é a principal instituição em que atuam (BAPTISTA *et al.*, 2018).

O adoecimento por estresse, transtornos mentais comuns, burnout além do risco para o suicídio em trabalhadores de enfermagem, têm sido descritos na literatura, relacionados não somente às questões relativas ao cuidado dos pacientes, contato diário com o sofrimento e morte, mas à organização do trabalho, caracterizada por hierarquia rígida, supervisão estrita e controle exagerado sobre o processo de trabalho (TITO, 2013; KARINO, 2012; MININEL, BAPTISTA, FELLI, 2012; GARTNER *et al.*, 2012; KIRCHHOF, MAGNANO, 2009). (BAPTISTA, 2014, p. 105)

Em estudo realizado no próprio HU-USP (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998), as autoras buscaram compreender os processos de saúde-doença do trabalhador de Enfermagem através da descrição, extração e hierarquização dos determinantes desse processo. Em sua pesquisa, Laurell (1982), que é referência de base do artigo que apresentamos, descreve os processos de saúde-doença gerados pelo trabalho a partir da compreensão de que o social se traduz no biológico, e o biológico, por sua vez, se submete ao social (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998). Desse modo, o corpo humano é compreendido em seu nexo biopsíquico, no qual o processo de saúde-doença se expressa e adquire historicidade.

Esse nexos manifesta-se a partir da atividade humana no trabalho e sua historicidade é apreendida pelo conceito de **adaptação**: ‘capacidade do corpo responder com plasticidade diante de condições específicas de desenvolvimento nos processos corporais, que se expressam como formas biológicas características’. Essas formas características, como os **processos de adaptação** que ocorrem nas distintas coletividades humanas, constituem os **estereótipos de adaptação** ou ‘modos de andar a vida’. (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 605, grifos das autoras)

Considerando que os “modos de andar a vida” são caracterizados nos grupos, e não no indivíduo, uma vez que o grupo é visto a partir de sua inserção social, ou seja, de sua história, é no estudo do coletivo que esses processos de adaptação são revelados. Afinal, “os processos da adaptação caracterizam os grupos sociais ao emergir do modo específico de como esses homens apropriam-se da natureza por meio de uma determinada organização social” (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 605). Assim, para compreender como o trabalho pode ser um determinante do processo de saúde-doença coletivo — como é o caso de boa parte dos desgastes e do adoecimento dos profissionais de saúde —, é necessário analisar as formas como esse trabalho é assumido no modo de produção capitalista (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

Assim, o trabalho realizado [no] modo de produção capitalista [sic], desenvolve-se com a finalidade de gerar lucro ou mais valia. O processo de geração de mais-valia é o **processo de valorização** do capital. Esse ocorre simultaneamente e somente pode materializar-se no momento concreto da produção de bens e serviços — **processo de trabalho**. Ocorrendo os processos de adaptação que são destrutivos da integridade corporal, depreende-se que existem nos processos de trabalho ‘elementos que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador que se traduzem em desgaste’ — **cargas de trabalho**. As transformações negativas dos processos biopsíquicos que se originam na interação com as cargas de trabalho que geram ‘a perda da capacidade efetiva e/ou potencial e psíquica’ é definida como **processo de desgaste**. Esses processos de adaptação destrutivos que caracterizam os grupos sociais conformam o **perfil patológico** desses grupos. (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 605, grifos das autoras)

O trabalho em saúde, no entanto, apresenta a particularidade de reproduzir a lógica produtivista, ainda que não gere mais-valia, visto que o produto é o serviço consumido no mesmo momento em que é gerado. Ao produzir, então, um efeito útil que pode ser consumido, mesmo que no momento exato de sua produção, gera uma mercadoria e um valor, podendo ser comercializado. Dessa maneira, o serviço prestado em saúde visa a controlar as doenças em escala social e recuperar os corpos humanos que se traduzem, no sistema capitalista, em força de trabalho. Para tanto, utiliza meios e instrumentos e produz saber para a transformação de seu

objeto de trabalho: o corpo humano. As formas de organização e divisão desse trabalho subordinam-se aos modelos clínico e epidemiológico, que são abstratos e complementares (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998). No que diz respeito mais especificamente às formas de organização e divisão do trabalho em Enfermagem no hospital,

[...] resgata-se a dependência e complementaridade do trabalho de enfermagem da prática médica, reproduzindo o modelo clínico curativo e individual. As intervenções são sistematizadas pelo SAE que se converte em instrumento de controle do enfermeiro, pelo qual formaliza a parcialização das atividades. O controle é efetivado pela supervisão (voltada para o conteúdo das tarefas em detrimento do pólo educativo/orientador) pela qual se reproduz o poder institucional. Os modelos de organização divisão do trabalho com gênese no taylorismo, fordismo, fayolismo e burocracia fundamentam a parcialização das atividades e levam à desarticulação entre a concepção/execução, supervisão/control, qualificação/desqualificação, à normatização e rotinização do que fazer e como fazer. Os rodízios de turno, o trabalho noturno e a falta de pausas para descanso durante a jornada dificultam a reposição da capacidade de trabalho, além de favorecer a intensificação do ritmo. (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 610)

Ao mesmo tempo que o trabalho em saúde opera colaborando para a sustentação do capitalismo através da recuperação de corpos para a manutenção da força de trabalho, submetese ele próprio a formas de organização de divisão de trabalho características da lógica produtivista. A história do hospital, instituição de destaque enquanto local de trabalho em saúde (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998), é paralela a este processo de significação histórica do trabalho em saúde descrito pelas autoras. Nesse sentido, o hospital vai se organizando como instituição que visa ao tratamento e à cura dos corpos, na medida em que esses corpos vão ganhando valor econômico no modo de produção capitalista (FOUCAULT, 2017). Esse processo será apresentado em maior profundidade adiante.

Aqui, vale destacar que as compreensões que se pode tecer acerca do trabalho em saúde, da construção do conhecimento em saúde, da instituição hospitalar e do sofrimento e adoecimento que se dão no encontro dessas dimensões não podem ser desvinculadas da consideração do cenário econômico e social nos quais tais fenômenos se desenvolvem e, ao mesmo tempo, sustentam.

Retornando ao artigo que descreve a pesquisa realizada no HU (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998), as autoras apresentam os elementos básicos para a apreensão do que seriam as cargas de trabalho observadas nos profissionais, agora mais especificamente nos de Enfermagem:

Ao transformar o **objeto** no processo de trabalho de enfermagem, o trabalhador interage com a sua natureza, ou seja, os corpos individuais/coletivos e doentes dos pacientes/clientes são tomados em sua natureza biológica/psíquica como determinante do PSD desses trabalhadores. Na interação com os **meios e instrumentos**, a sofisticação técnica destes e as relações sociais que determinam a maneira específica de trabalhar, são geradoras das cargas. O hospital é relacionado a local de doença e morte, ao qual se associa o risco de contrair essas doenças e sofrer desgaste emocional. Na interação com as formas de **organização/divisão** do trabalho propriamente dito, o trabalhador expõe-se pelas diferentes formas de consumo da força de trabalho, que implicam em distintas formas de desgastar-se, vinculadas à extração de mais-valia, principalmente relativa, pelo aumento da produtividade. (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 606-607, grifos das autoras)

Assim, as cargas de materialidade externa, a saber, as biológicas, físicas, químicas e mecânicas, são distintas das cargas de materialidade internas, isto é, as fisiológicas e psíquicas (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998). A exposição a essas cargas, por sua vez, gera desgastes nos trabalhadores. As cargas de trabalho seriam, então, elementos que se apresentam no cotidiano e no ambiente de trabalho. Os desgastes seriam os efeitos da exposição a essas cargas na saúde do trabalhador.

Ao explicitar a relação trabalho-saúde dos trabalhadores de enfermagem no HU, as autoras mencionadas fazem apontamentos importantes que parecem pertinentes à introdução deste trabalho. Realizada há mais de 20 anos, tal pesquisa já indicava o lugar que é oferecido aos trabalhadores da assistência em Enfermagem na instituição; um lugar no qual “não está favorecida a participação dos trabalhadores na representatividade frente aos órgãos decisórios, no processo decisório propriamente dito e na concepção do trabalho que realizam” (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998, p. 608). Aponta também um déficit, no HU, no tocante à força de trabalho, com redução no quadro de pessoal autorizado no período e diminuição da porcentagem de trabalhadores de Enfermagem em relação aos demais profissionais, o que representava uma proporção menor que em outros estabelecimentos de saúde do país (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998). Além disso, as autoras ressaltam uma alta rotatividade do quadro de profissionais de Enfermagem, com uma média de 12,91% de desligamentos em 1993, dos quais 24% representam a saída de enfermeiros, e 19% de auxiliares de Enfermagem. Segundo as autoras, os profissionais afirmam que baixo salário e a insatisfação diante das condições de trabalho são os principais motivos da saída (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998). Esta situação demonstra, já no início do século, a precarização e a intensificação do ritmo e da carga de trabalho para os que ficam. Isso perdura até hoje, mas voltaremos a isso mais adiante.

As autoras concluem que a subordinação ao modo de produção da sociedade brasileira é evidenciada no processo saúde-doença observado nos trabalhadores de Enfermagem do HU. Apesar da preponderância do momento produtivo na determinação do processo saúde-doença, não são excluídas as condições de vida e de trabalho que participam desse processo de desgaste dos trabalhadores. A pesquisa, portanto, aponta para a importância de uma transformação da realidade no trabalho em saúde (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

O trabalho de Silva, Kurcgant e Queiroz (1998) corrobora estudos feitos em outras instituições acerca dos efeitos do avanço do neoliberalismo no trabalho em saúde. Em pesquisa realizada em um HU do Rio de Janeiro, 34 profissionais de Enfermagem foram entrevistados com o objetivo de identificar as repercussões do modelo neoliberal na saúde do trabalhador (GONÇALVES *et al.*, 2014). Os autores também verificaram que a forma como a organização do trabalho se institui repercute no processo saúde-doença dos trabalhadores. Nessa perspectiva, a organização trabalhista, marcada fortemente pelos preceitos neoliberais, apresenta precarização das condições de trabalho na busca pela redução de gastos e pela maior produtividade.

As questões da saúde do trabalhador estão também permeadas por um contexto macroestrutural, citando-se, por exemplo, o fenômeno da globalização e do neoliberalismo. Esses fenômenos surgem no cenário mundial, estando fortemente relacionado à pressão para expandir o mercado livre, com aumento da desregulamentação, descentralização e privatização, neste contexto, verificou-se um esforço dos países desenvolvidos e do Fundo Monetário Internacional, conjuntamente com o Banco Mundial, para evitar o colapso do sistema capitalista, fundando as bases do neoliberalismo. (GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 519-520)

Isso posto, há uma relação direta entre o modelo econômico vigente e os vínculos de trabalho. Conseqüentemente, o modo como esse trabalho é tomado pelo profissional, no cotidiano, também está circunscrito pela organização trabalhista.

Nesse sentido, entre os desdobramentos dos preceitos neoliberais no referido setor, está a ausência de concursos públicos, o que justifica a contratação flexível do trabalho, múltiplos vínculos empregatícios (mesmo para os profissionais titulados, com o fito de complementar a renda) e a inserção de profissionais jovens num mundo laboral de grande desregulamentação das relações de trabalho. (GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 520)

Dentre os elementos mais notáveis de precarização do trabalho, destacam-se a escassez de materiais, a falta de recursos humanos, a diversificação de modelos contratuais em uma

mesma instituição, o aumento do ritmo de trabalho e a inadequação do espaço físico. Entre os trabalhadores entrevistados, Gonçalves *et al.* (2014) verificaram manifestações de estresse, taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, sonolência, sudorese, esgotamento físico e mental, depressão, fadiga, cefaleia, dor epigástrica e irritabilidade, que foram separados em três principais categorias: sobrecarga de trabalho, estresse ocupacional e alterações osteomusculares.

O déficit de recursos humanos e materiais – associados às gerências pouco comprometidas, aos profissionais capacitados precariamente, ao excesso de carga horária, aos salários indignos, características do processo de trabalho da enfermagem – configuram-se num contexto propício para o estresse nos profissionais. Além disso, o aumento do volume de tarefas, decorrentes da insuficiência de pessoal e de material, inviabiliza a realização de algumas atividades, tornando praticamente impossível a realização de um trabalho de qualidade. Esses fatores afetam diretamente o modo de produção, gerando um produto inadequado, o que se traduz em uma assistência de baixa qualidade ou inferior à expectativa do trabalhador. (GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 522)

É importante salientar que, para além de um modelo econômico que organiza o mundo do trabalho, o neoliberalismo vai se apresentando como um modo de vida e de compreensão de mundo, transformando os sujeitos e suas relações.

E neoliberalismo – cuja origem está no pensamento liberal – pode ser preliminarmente definido como a política econômica de abertura indiscriminada do mercado nacional ao internacional. Porém, o neoliberalismo não é só uma doutrina econômica; é antes de tudo uma filosofia social e de valores morais, a qual transformou radicalmente a vida na sociedade e as relações de trabalho. (GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 520)

Após 20 anos da pesquisa realizada no HU (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998), uma nova pesquisa foi desenvolvida no hospital, buscando identificar o perfil dos trabalhadores de Enfermagem através de estudo exploratório com abordagem quantitativa. Os resultados demonstraram, entre outros aspectos, o agravamento da precarização do trabalho no cenário nacional, devido à intensificação das políticas neoliberais nos últimos anos (REMIJO, 2018). Ao mesmo tempo, os trabalhadores que atuam em uma instituição hospitalar que opera em uma lógica de organização do trabalho centrada no sistema fordista/taylorista, dentro de um modelo neoliberal, são afetados pelos impactos negativos dessa organização em um ambiente tipicamente insalubre, o que afeta seu processo de saúde-doença.

Remijo (2018) utilizou o Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem (SIMOSTE®), ferramenta de inovação tecnológica implementada pelo Grupo de

Estudo sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem e Saúde (GESTES) (BAPTISTA *et al.*, 2011), para levantar os dados institucionais e de recursos humanos acerca dos problemas de saúde dos profissionais da instituição. Além disso, objetivou analisar o perfil de morbidade, a fim de conhecer os problemas atuais no agravamento do processo saúde-doença no trabalho e de elaborar estratégias que auxiliassem na melhora da qualidade de vida do trabalhador.

Durante o percurso da pesquisa, a autora constatou um aumento de doenças relacionadas ao trabalho nos profissionais do HU, em decorrência da escassez de recursos humanos e do aumento da sobrecarga de trabalho. O trabalho de Remijo (2018) ainda destacou que, em 2014, o HU implementou o Programa de Incentivo à Demissão Voluntária (PIDV), justificado pela necessidade de redução do déficit orçamentário da USP. Até o momento da pesquisa, já haviam ocorrido 94 demissões na área de Enfermagem. Embora tenha acontecido um processo de reorganização do trabalho a partir do PIDV, o aumento das cargas fisiológicas e psíquicas é nítido enquanto consequência da redução do quadro de profissionais e do acúmulo de tarefas, corroborando o outro estudo realizado na mesma instituição (REMIJO, 2018).

Nesse contexto, a produção em serviços de saúde, principalmente a hospitalar, em sua particularidade e na forma como o processo de trabalho é organizado, determina o perfil de adoecimento dos trabalhadores, em especial na equipe de enfermagem. As condições adversas, como a falta de recursos humanos e de materiais, sobrecarga de tarefas, alta pressão pela produtividade, desmotivação, hierarquia rígida, situações estressantes, sofrimento do trabalhador diante da dor e da morte, ambiente insalubre e as condições ambientais inadequadas, podem levar ao desgaste desses trabalhadores, além de comprometer a qualidade de vida deles (REMIJO, 2018, p. 95).

A autora ainda destaca que, devido às más condições de trabalho, é comum que fique a cargo do enfermeiro gerencial o manejo da divisão da carga de trabalho e do dimensionamento de pessoal e a gestão da distribuição de tarefas dentro das equipes. Com isso, o gerenciamento teria impacto fundamental no desgaste físico e mental dos profissionais da equipe (REMIJO, 2018).

Sobre as contribuições do trabalho de gestão para a saúde dos trabalhadores de Enfermagem de hospitais, foram realizadas pesquisas em cinco hospitais universitários brasileiros, as quais demonstraram a importância do gerenciamento de Enfermagem para a qualidade de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes (BAPTISTA, 2014; BAPTISTA *et al.*, 2015). O trabalho de gerenciamento em Enfermagem foi referido como tendo um comprometimento ético-legal e político tanto com a instituição quanto com a categoria profissional. No entanto, por isso mesmo é repleto de

angústia, preocupações e sensação de impotência diante da ausência de políticas públicas e institucionais que sejam efetivas na melhoria da qualidade de vida dos profissionais que gerenciam as equipes. Por outro lado, há também prazer, reconhecimento e satisfação em tal função, quando as gerentes sentem que conseguem identificar os processos de desgaste e as necessidades dos profissionais de enfermagem e atuar diante dessa problemática (BAPTISTA, 2014).

Nesse sentido, o panorama de adoecimento e incapacidade da força de trabalho gera sentimentos de angústia nas gerentes de enfermagem. Os discursos revelam que uma das suas maiores preocupações refere-se às possíveis repercussões do adoecimento mental dos trabalhadores de enfermagem na segurança dos pacientes, considerando as atitudes de negligência e outros comportamentos de risco por elas verificados, como o abandono do plantão, as falhas no preparo de medicação, e o uso de medicamentos e outras substâncias químicas por parte dos trabalhadores. (BAPTISTA, 2014, p. 107)

As gerentes de Enfermagem apontam que a multiplicidade de vínculos empregatícios — em que um mesmo trabalhador possui dois ou três vínculos — mais a jornada do trabalho doméstico, no caso das enfermeiras mulheres (BAPTISTA; MERIGHI; SILVA, 2011; BAPTISTA, 2014), justificadas pela baixa remuneração, são grandes fontes de preocupação das gerências, uma vez que a sobrecarga de trabalho tende a ser fator tanto de desgaste físico e mental quanto de desatenção e queda da qualidade do trabalho (BAPTISTA, 2014). Esse panorama endossa o que é descrito por Gonçalves *et al.* (2014), segundo quem a busca dos profissionais de Enfermagem por meios de se sustentar e de progredir na carreira, em um cenário neoliberal, os faz se submeter a grande estresse e carga de trabalho.

Nessa conjuntura, as gerentes pontuam que a melhoria nas condições de trabalho e de salários e um plano de carreira que possa manter o trabalhador em apenas uma instituição são imprescindíveis para transformar o perfil de morbidade dos profissionais de Enfermagem (BAPTISTA, 2014). Apesar disso, é importante destacar que, como apontam Gonçalves *et al.* (2014), no cenário neoliberal, não apenas a dimensão financeira coloca os indivíduos diante da necessidade de aumentar sua carga de trabalho para o próprio sustento e/ou ascensão social, embora seja parte fundamental. A própria cultura e moral neoliberais imprimem certos modos de compreender e se relacionar com o mundo. Assim, elevar a carga de trabalho ao seu limite passa a ser visto com naturalidade e, conseqüentemente, cria-se uma autocobrança do próprio sujeito, que tenta preencher todos os espaços possíveis de sua vida, bem como boa parte do seu tempo, com o trabalho, para que se sinta útil, adequado e reconhecido socialmente.

Tendo em mente que o quantitativo se sobrepõe ao qualitativo nas mais diversas dimensões da vida moderna, o frágil compromisso afetivo e as dúvidas em relação ao grau de envolvimento com o trabalho entre os profissionais de Enfermagem, fenômeno apontado por Baptista (2014), podem ser expressão da relação cada vez mais intensa, inclusive maquínica, que os sujeitos vão estabelecendo com o trabalho em um cenário neoliberal.

Nesse sentido, dentro do neoliberalismo, se há uma demanda social para que o sujeito produza cada vez mais e em menos tempo, é comum que a leitura das problemáticas que surgem nesse cenário e até mesmo suas possíveis soluções fiquem circunscritas a uma gestão individual do sofrimento e se encaminhem para a reinserção do sujeito no mundo do trabalho, de modo que ele possa continuar produzindo. A partir disso, é comum também que as preocupações com os trabalhadores sempre levem em consideração, antes de tudo, a qualidade do produto que o se produz. No âmbito da saúde, essa premissa tende a ser aceita com ainda mais naturalidade, uma vez que o produto com o qual se lida representa o bem maior na sociedade atual: a vida.

Em vista disso, é fundamental ter em mente que é a lógica do capital que sustenta tanto a primazia pela vida — muitas vezes, em detrimento da própria qualidade de vida³ — quanto a incapacidade para o trabalho como o mais alarmante sinal do adoecimento e, portanto, da necessidade de cuidado.

De acordo com Kovács (2010), a lida cotidiana com a morte é ponto fundamental no que diz respeito ao sofrimento das equipes multiprofissionais que atuam no hospital. A autora ressalta que o modo como se lida com a morte na contemporaneidade, a partir dos avanços científicos e tecnológicos, favorece processos de adoecimento nos profissionais de saúde. Isso porque a morte representa um fracasso na atuação profissional em saúde, uma vez que a cultura hospitalar, orientada pelo saber médico, não a compreende como parte da vida, mas como algo a ser evitado.

O avanço tecnológico, a constante busca por excelência, o incremento da produtividade e a redução de custos dos serviços de saúde são fatores importantes que aparecem no perfil de morbidade dos trabalhadores de saúde (BAPTISTA *et al.*, 2015). Então, apesar de as questões relacionadas ao trabalho estarem ganhando cada vez mais espaço nos âmbitos nacional e internacional e de os elementos desencadeadores dos processos de adoecimento e agravos à saúde serem reconhecidos como de impacto à qualidade da assistência,

³ É impossível não retomar, neste momento, um trecho do artigo escrito por Ianni (2010), no qual a autora nos lembra do “sabor amargo do progresso: vive-se mais, porém vive-se doente” (IANNI, 2010, p. 120).

[...] nos últimos anos, a gestão com base em resultados, trazida para dentro das organizações, a concorrência do mercado e a *performance* de cada trabalhador, equipe ou departamento, têm reduzido o sentido do trabalho na prática, promovendo a desvalorização do ser humano frente ao interesse na produtividade. (BAPTISTA *et al.*, 2015, p. 125)

Assim, é pertinente, para esta pesquisa, deixar-se conduzir por perguntas relacionadas a como a gestão lida com as diversas demandas dos trabalhadores por ela geridos no contexto do HU. Como um projeto de plantão psicológico pode atuar, a partir de pedidos da gestão, na atenção e no cuidado psicológicos de seus funcionários? No decorrer deste trabalho, não apenas uma, mas diversas vezes fomos convocados, por representantes da gestão, a realizar projetos de cuidado ao profissional de saúde diante de momentos críticos em que as equipes demonstraram fragilidades. Mas como é possível o cuidado no ambiente de trabalho de profissionais da saúde? Ainda, quais são as implicações éticas e práticas nas respostas que um grupo de projeto de extensão pode oferecer às demandas da gestão? Essas perguntas serão retomadas adiante, à luz da experiência em campo com os profissionais de saúde do HU.

Por ora, é importante sustentar a compreensão de que as questões que podem surgir a partir do trabalho em saúde sempre estão entrelaçadas com o que se toma por objeto do trabalho dessa área — a relação com o corpo biológico, com o sofrimento e com o ser humano e suas relações. Também estão vinculadas à divisão desse trabalho, que não deixa de estar inserido em um contexto de organização institucional, social e econômica.

Além disso, é substancial apontar que os estudos sobre a saúde do profissional de saúde que apresentam análises e reflexões partindo da divisão entre os fenômenos ditos fisiológicos e os ditos emocionais ou psíquicos, ainda que considerem as influências que um pode ter sobre o outro, continuam se assentando em uma perspectiva biomédica, dualista e cartesiana. Por conseguinte, considerar o adoecimento e/ou o desgaste como processos também coletivos, que se dão a partir de certas aberturas de situação, é poder abordar o sofrimento e pensar o cuidado para além da lógica neoliberal, individualizante e organicista, que, a esta altura, podemos afirmar ser colaboradora da produção desse sofrimento.

Apesar de considerar válidos os modelos de pesquisa adotados por uma perspectiva biomédica, uma vez que buscam, em ambientes quase completamente dominados por ela, encontrar justificativas e estratégias para a superação das crescentes taxas de adoecimento dos profissionais de saúde, nesta pesquisa, adotamos um referencial radicalmente distinto, ainda que busque interlocuções fundamentais com as outras áreas de conhecimento em saúde. Consideramos a saúde, o sofrimento e o adoecimento do profissional de saúde como fenômenos

que dizem respeito à existência, na qual corpo e subjetividade não são duas coisas separadas. Com isso, esperamos, por um lado, manter o rigor epistemológico do referencial teórico aqui adotado, a saber, a fenomenologia hermenêutica, e, por outro, marcar uma diferença nos modos de compreensão dos fenômenos, mantendo-nos abertos a novas perspectivas e a saídas diferentes das já apresentadas por trabalhos anteriores.

Isso posto, é inegável que alguns fenômenos já assentados historicamente em uma perspectiva biomédica e correntes no discurso do senso comum e da comunidade científica se apresentam com força dentro do tema do “adoecimento/desgaste psicológico” no trabalho em saúde. Desse modo, é imprescindível que sejam abordados nesta introdução, que se dedica a abrir caminhos para refletir sobre o cuidado com os profissionais de saúde.

2.2 FADIGA POR COMPAIXÃO E *BURNOUT*: UMA COMPREENSÃO POSSÍVEL PARA A QUESTÃO

Dedicar-me-ei, agora, a explicitar, ainda que brevemente, os dois principais fenômenos de ordem psicológica que aparecem no discurso corrente acerca do adoecimento/desgaste dos profissionais de saúde. Mais adiante, buscarei uma costura possível entre a ocorrência desses fenômenos na modernidade e uma compreensão fenomenológica do cuidado.

A síndrome de *burnout*, ou síndrome do estresse profissional, é o que podemos chamar de cronificação de desgastes proporcionados pelas cargas psíquicas do trabalho em saúde e pela constante exposição ao estresse ocupacional (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; KOVÁCS, 2010; SOUZA *et al.*, 2019). Dentre os principais fatores que geram sofrimento psicofísico nos trabalhadores de enfermagem no hospital, estão o relacionamento entre a equipe e os pacientes, seus acompanhantes e familiares; o ritmo intenso de trabalho; a exigência de atenção e concentração durante o exercício de suas funções para evitar possíveis iatrogenias; a exposição a riscos ocupacionais, ergonômicos, biológicos, químicos e físicos (BAPTISTA *et al.*, 2018).

A sintomatologia da síndrome se apresenta em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; KOVÁCS, 2010; SOUZA *et al.*, 2019). A primeira descrição da síndrome de *burnout* foi realizada pelo psiquiatra Herbert Freudenberger, em 1974, e hoje é reconhecida e descrita pela Classificação Internacional de Doenças CID-11 (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Ambientes complexos e intensos, como os hospitais, são documentados como os ambientes de maior propensão dos

profissionais a desenvolverem a síndrome de *burnout* (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). No entanto, apesar da extensa literatura sobre *burnout*, há consideráveis divergências teóricas e de critérios diagnósticos, bem como da sintomatologia que compõe o quadro da síndrome de *burnout*, resultando também na grande variedade estatística acerca das taxas de prevalência da síndrome (PERNICIOTTI *et al.*, 2020).

Entre os fatores ambientais e sociais do contexto hospitalar, bem como o encontro destes com os fatores individuais de cada sujeito, o estudo destaca a sobrecarga qualitativa e quantitativa do trabalho como importante fator de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. A sobrecarga qualitativa se refere a uma percepção de responsabilidade excessiva, na qual o profissional sente-se demasiadamente demandado em seus recursos cognitivos e emocionais. Nesse sentido, as instituições de saúde que atendem maiores níveis de complexidade tendem a potencializar a sobrecarga qualitativa, uma vez em que o trabalho está diretamente relacionado à finitude humana, e coloca constantemente os profissionais diante das limitações terapêuticas. Os autores destacam que a sobrecarga quantitativa e qualitativa se torna um fator de risco importante para o desenvolvimento de *burnout* apenas quando não existe tempo suficiente para o profissional se recuperar dos eventos estressores de seu ofício (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Isso vem de encontro aos trabalhos mencionados anteriormente, os quais descrevem que grande parte do adoecimento de profissionais da área de enfermagem diz respeito à vinculação desses profissionais a mais de duas jornadas de trabalho (SILVA; KURCGANT; QUEIROZ, 1998).

Outro fator, encontrado principalmente no ambiente hospitalar, de propensão ao *burnout*, diz respeito às interações profissionais nesse ambiente (PERNICIOTTI *et al.*, 2020; KOVÁCS, 2010). Os conflitos entre os membros da equipe e o tenso encontro com pacientes e familiares acrescentam carga a um ambiente já estressor por demandar altos níveis de performance e responsabilidade do profissional. Ao invés de dividir e compartilhar as responsabilidades, a depender da organização da equipe, o profissional pode se sentir solitário e sempre na defensiva em relação aos colegas, tendo que provar a qualidade de seu trabalho.

Perniciotti *et al.* (2020) ressaltam que os conflitos na equipe estão associados à complexidade exigida da equipe multiprofissional, que acaba por reunir diversos saberes para operar. Desse modo, há também divergências de compreensão acerca das atividades realizadas, sobre o status da categoria/função profissional, responsabilidade sobre a tarefa e controle administrativo (PERNICIOTTI *et al.*, 2020). Decisões sobre a divisão de tarefas tomadas a partir de relações hierárquicas e de status tendem a favorecer a ocorrência de atritos,

corroborando as problemáticas apontadas no trabalho de Baptista (2014) acerca do papel da gerência na saúde do trabalhador⁴.

Os autores também apontam a autoestima, como o apreço e estima que cada um tem sobre si mesmo a partir de uma autoavaliação subjetiva, como fator importante para o desenvolvimento do *burnout*, uma vez que ela pode favorecer ou desfavorecer uma boa resposta aos desafios cotidianos (PERNICIOTTI *et al.*, 2020)⁵.

Como modos de prevenção e tratamento da síndrome de *burnout*, os autores destacam os tratamentos individuais — psicoterápico, farmacológico e intervenções psicossociais e intervenções individuais de autocuidado e voltadas à aprendizagem de estratégias de enfrentamento. Mas também destacam as intervenções organizacionais, que se voltam à modificação da situação laboral para os profissionais de saúde, reforçando a responsabilização das instituições, para além da responsabilização individual dos profissionais, no caso das proposições individuais (PERNICIOTTI *et al.*, 2020).

Em estudo realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais universitários terciários, localizados na cidade de São Paulo, constatou-se um desequilíbrio na qualidade de vida profissional dos participantes (SOUZA *et al.*, 2019). A avaliação da Qualidade de Vida Profissional (QVP) é uma forma de avaliar os aspectos emocionais e de envolvimento profissional em “profissionais de ajuda”. Tal avaliação possui dois aspectos, um positivo e um negativo, no concernente aos sentimentos em relação ao trabalho, sendo eles a Satisfação por Compaixão e a Fadiga por Compaixão. Enquanto a satisfação por compaixão envolve um prazer e satisfação profissionais ao ajudar o outro e ao promover alívio da dor e sofrimento, a Fadiga por Compaixão deriva justamente do esgotamento e do desgaste associado ao contato constante com o sofrimento alheio (SOUZA *et al.*, 2019; TORRES *et al.*, 2020; BORGES *et al.*, 2019).

A SC é caracterizada por sentimentos de satisfação pelo trabalho de assistência, envolvendo sentimentos positivos sobre a capacidade de ajudar, como sentir-se recompensado em seus esforços no trabalho e sentir que, com o trabalho, podem ‘fazer a diferença’. Já a FC se refere às vivências negativas do trabalho de assistência e se desmembra em duas partes, a primeira diz respeito a sentimentos de exaustão, frustração e irritabilidade típicas do

⁴ Importante destacar também, para além do que destacam os autores, que, não raro, questões de classe, raça, etnia e gênero compõem o quadro das relações entre os profissionais de saúde e uma equipe multidisciplinar e colaboram para o desgaste das relações e adoecimento dos membros das equipes. Além da hierarquia organizacional, também a soberania do saber médico reforça relações de poder. O acesso aos cursos de Medicina, tradicionalmente ocupados por homens brancos de classe média alta, é aquele que ainda é imperativo nas ações em saúde.

⁵ Também aqui é importante incluir questões socioeconômicas no debate, uma vez que a autoestima é construída socialmente.

‘Burnout’ (BO), sendo definido como um esgotamento físico e psíquico que surge como reação ao estresse crônico no trabalho (MASLACH, 2009). A segunda parte refere-se ao ‘Estresse Traumático Secundário’ (ETS) ou ‘Trauma Secundário’ (TS), caracterizado pelo medo e pelo trauma relacionado ao trabalho de assistência em decorrência do contato do profissional com o sofrimento dos pacientes. (SOUZA *et al.*, 2019, p. 270)

Desse modo, a QVP se estabelece a partir da prevalência dos aspectos positivos sobre os negativos nas experiências de trabalho (SOUZA *et al.*, 2019).

Como já verificado em relação ao *burnout* em outras pesquisas, em uma revisão integrativa da literatura acerca da Fadiga por Compaixão, Torres *et al.* (2020) também apontam fatores laborais e individuais associados às condições de trabalho e a fatores psicológicos e sociodemográficos relacionados ao irrompimento da Fadiga por Compaixão entre profissionais da saúde que atuam em hospitais.

A Fadiga por Compaixão ocorre frente à impossibilidade de se conseguir criar uma estratégia psíquica que faça com que o desgaste laboral – relacionado à insuficiência de recursos humanos e, em muitas instituições, com a carência de materiais – possa valer a pena, ou, ainda, quando o trabalho está estruturado de uma forma que não permite que o profissional crie tal estratégia e dê significado para todo o esforço empreendido. (SOUZA *et al.*, 2019, p. 275)

Longos anos de trabalho em hospital, a exposição continuada a pacientes graves e o contato direto e/ou muito próximo com o paciente também aparecem como fatores importantes no desenvolvimento da Fadiga por Compaixão (SOUZA *et al.*, 2019; TORRES *et al.*, 2020; BORGES *et al.*, 2019). Outro aspecto interessante é o fato de enfermeiros mais velhos apresentarem menor prevalência de *burnout* e Estresse Traumático Secundário e maiores sinais de satisfação no trabalho em relação aos mais jovens (TORRES *et al.*, 2020). Ademais, foi verificada a predominância da Fadiga por Compaixão em profissionais do sexo feminino (SOUZA *et al.*, 2019; BORGES *et al.*, 2019).

É importante ressaltar, ainda, que a fadiga é uma sintomatologia e, diferentemente das sensações de cansaço ou mesmo de exaustão, não é sanada e aliviada por meio do descanso, do sono ou de qualquer estratégia restauradora (SOUZA *et al.*, 2019).

Assim, os problemas apresentados pelos trabalhadores de saúde ainda se desdobram em aumento do absenteísmo, readaptação funcional e aposentadorias precoces, o que implica questões também para o bom funcionamento da instituição. Por isso, a influência e a aplicação dos preceitos neoliberais na organização do trabalho de setores da saúde não são adequadas. Isso porque o setor da saúde lida com vidas humanas. A saúde como produto exige alta

qualidade de produção e se destaca por ser “consumida” no mesmo momento em que é produzida. Desse modo, a aplicação da máxima da produtividade neste setor se mostra infecunda e aponta para a necessidade de esses trabalhadores estarem em condições ótimas de saúde para prestar assistência com a excelência exigida, aumentando a sua segurança e a do paciente, evitando riscos de iatrogenia (GONÇALVES *et al.*, 2014).

A especificidade das condições de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente dos que atuam em instituição hospitalar, estão claras. Contudo, se partirmos da compreensão de que o trabalho em saúde no hospital é adoecedor e apresenta especificidades para além dos problemas já enfrentados no mundo do trabalho, o que mais poderemos depreender dessa instituição e da área de conhecimento em saúde?

2.3 O NASCIMENTO DO HOSPITAL: QUE INSTITUIÇÃO É ESSA?

“A partir de que momento o hospital foi programado como instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e o doente, suscetível, por si mesmo ou por alguns de seus efeitos, de produzir cura?” (FOUCAULT, 2017, p.171). É assim que Foucault (2017) inicia seu texto *O Nascimento do Hospital*, em que seu próprio título deixa claro o assunto. O autor parte, então, de uma interrogação que por si já elucida alguns dos pressupostos que compõem a estrutura de um hospital: instrumento terapêutico de intervenção sobre o doente que visa à cura da doença. Seu surgimento como instrumento terapêutico data do final do século XIII. A compreensão do hospital como instrumento de cura, por sua vez, aparece por volta de 1780 (FOUCAULT, 2017).

Retornando ao hospital como apresentado na Idade Média, Foucault (2017) destaca que, nesse momento, a instituição ainda não era médica, ao mesmo tempo que a medicina não era uma prática hospitalar — embora as duas pudessem se encontrar eventualmente. Então, antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência às camadas mais pobres da população. Diante da ameaça que o pobre doente representava às outras classes, o hospital serviu também como lugar de recolhimento dessas pessoas, separando-as e excluindo-as do convívio social⁶. Ou seja, não era uma instituição voltada aos doentes enquanto um potencial de cura, mas àqueles que esperavam para morrer diante do adoecimento. Tinha, assim, um caráter muito mais espiritual que científico. O cuidado com os usuários da instituição se direcionava à salvação da alma e a proporcionar um ambiente mais digno (e afastado) para se

⁶ Hospital refere-se a hospedar na Idade Média, oferecer guarida a quem necessita abrigar-se.

morrer (FOUCAULT, 2017). O hospital não ia, assim, na direção de evitar a morte, como acontece atualmente.

A medicina que existia anteriormente ao século XVIII também não se apresentava como a que conhecemos hoje: uma disciplina de base científica. Sua qualificação era dada pela própria corporação de médicos e se pautava pelo conhecimento de textos e transmissão de receitas. Suas ações se dirigiam à crise, compreendida na época como o momento em que, no indivíduo, emergia a natureza verdadeira da doença, em que a doença se deixava ver. O médico, então, deveria observar o doente e o curso de sua doença, a fim de antecipar esse acontecimento no qual o indivíduo naturalmente sadio passava a lutar contra o que lhe acometia e que, no momento de crise, se dava a ver. A figura do médico, pois, ocupava o lugar de um espectador que buscava um saber sobre o prognóstico da doença, podendo aliar-se ao doente na batalha contra ela, mas intervindo muito pouco, se comparado aos dias de hoje (FOUCAULT, 2017).

Aqui já podemos notar, ainda que timidamente, a previsibilidade como potencial para lidar com o adoecimento. No entanto, a ciência como a concebemos hoje ainda se encontra distante, pois essa previsibilidade era buscada a partir da relação individual do médico com o paciente e sua doença, e não a partir da universalidade das manifestações das doenças (FOUCAULT, 2017).

Foi a partir da superposição da instituição hospitalar e da medicina que se inaugurou a medicina científica como a compreendemos hoje. Essa superposição se inicia quando, em meados do século XVIII, passa-se a tentar neutralizar os males que o hospital propagava dentro dele e na sociedade, buscando uma ação mais positiva de intervenção sobre o doente ou sobre a doença. De proliferação de doenças a desordens econômico-sociais, o hospital manifestava uma série de efeitos nocivos para as pessoas internadas e para a cidade em que ele estava situado. Assim, tal instituição e os fenômenos que nela se davam passaram a ser alvo de tentativas de controle, abrindo espaço para que, mais tarde, a técnica, encarnada na figura do médico, penetrasse nesse espaço de modo mais definitivo.

Ao mesmo tempo, a possibilidade de observação em massa, promovida pela reunião de doentes em um mesmo ambiente, permitiu o avanço da medicina em termos mais gerais, com a classificação de doenças. Paralelamente, a doença, a partir da botânica de Lineu, vai recebendo o estatuto de natureza, e o saber médico vai se assentando cada vez mais nas leis da natureza.

O aspecto econômico também tem grande papel na transformação dos hospitais a partir do século XVIII: com a ascensão do mercantilismo, passa-se a compreender os homens de uma sociedade como bens que possuem valor econômico. Então, “é nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade” (FOUCAULT, 2017, p. 178). A cura da doença começa a ter grande importância econômica. Se, antes, a problemática da doença e a luta do homem contra ela se dava em uma esfera individual, nesse momento o sucesso dessa batalha começa a ser expandido para o interesse público, e a manutenção da vida passa a ter um lugar diferenciado no funcionamento da máquina social. Os homens do exército, por exemplo, cujos corpos recebiam altos investimentos do Estado, passaram a ser vigiados constantemente no hospital, para que se evitasse deserções e mortes, o que implicaria uma perda monetária ao Estado. As novas práticas econômicas e os avanços tecnológicos exigiam a necessidade de manter a vida dessas pessoas especializadas, além de mantê-las sob o controle do Estado (FOUCAULT, 2017).

É a partir desse fator que Foucault (2017) concebe o surgimento da disciplina como invenção técnica determinante para a transformação não só do hospital, mas também de diversas instituições da sociedade. O autor discute sobre como a distribuição espacial e a gestão dos corpos — através da vigilância, registro e classificação de como se comportam esses corpos — foram ganhando espaço diante da cada vez mais crescente valorização da técnica. A busca pela eficácia dos métodos utilizados para realizar qualquer atividade humana foi, então, adquirindo mais espaço na sociedade.

A tecnicização da maneira de gerir os homens invadiu o espaço hospitalar com mecanismos disciplinares. O adoecimento começou a ser compreendido como acontecimento decorrente do contato do homem com o meio no qual vive, a partir dos avanços no conhecimento da Biologia.

A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação etc. (FOUCAULT, 2017, p. 183)

Foi se organizando, então, uma mudança estrutural na instituição hospitalar, que passou tanto pela arquitetura do hospital quanto pelas intervenções médicas no doente. Desse modo, houve também uma mudança importante no sistema de poder que operava dentro do hospital. Antes, quando concebido como lugar de salvação da alma daquele que estava prestes a morrer,

era comandado pelo pessoal religioso. O médico, por sua vez, apresentava-se como figura esporádica, estando sob o poder e a demanda dos religiosos que administravam o hospital. Após a virada econômica, que desloca o sentido do hospital para compreendê-lo como instrumento de cura, no qual o conhecimento sobre a doença é determinante, o médico torna-se figura de poder nesse espaço, e todos os outros membros que compõem a instituição passam a se submeter a decisões médicas.

2.4 HISTÓRIA E EPISTEMOLOGIA: DO HOSPITAL AOS FUNDAMENTOS DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Como visto, a compreensão da doença como fenômeno natural que obedece a leis naturais aproxima a medicina da ciência e da técnica. Abriu-se, assim, no hospital, um espaço para que, junto à disciplinarização, a medicina pudesse servir como modo de vigilância e de controle dos corpos doentes, da doença e do ambiente em que estão os indivíduos adoecidos, buscando o êxito de suas intervenções. Foi nesse contexto que as pesquisas sobre as doenças se tornaram tanto possíveis como necessárias para sustentar e alavancar o saber médico. Isso posto, a “inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez pela socialização da medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana” (FOUCAULT, 2017, p. 162).

Buscando aproximar-se da epidemiologia e dos fenômenos dos quais as práticas de saúde se ocupam, Ayres (1995) abre caminhos para compreendê-las em um sentido mais amplo, para além da epidemiologia e da medicina, permitindo-nos revisitar os aspectos filosóficos das ciências da saúde.

Ao se perguntar acerca do processo de autonomização na racionalidade científica e da concomitante subordinação das demais expressões da razão, Ayres (1995) transita entre os aspectos sociais, econômicos e filosóficos que permeiam a construção histórica e epistêmica da racionalidade científica como a conhecemos hoje. Assim, problematiza a automatização da racionalidade, pois pretendendo adquirir fundamentos autônomos que independem das situações práticas nas quais foi gerada, interdita o diálogo com o campo das necessidades humanas, automatizando-se também como valor no que diz respeito ao seu estatuto de verdade única.

Neste processo de expansão da racionalidade tecnológica, toda contradição trazida pela experiência é traduzida dicotomicamente como um conflito entre

verdade e ‘não-verdade’, cuja solução pode, supostamente, ser alcançada com base nos juízos autoinstruídos, fundados na dimensão operatória do real, nas relações de necessidade que tratam as ciências. (AYRES, 1995, p. 70)

Nesse sentido, a racionalidade científico-tecnológica foi ganhando estatuto de verdade sobre outras racionalidades e excluindo do debate saberes que se fundamentam em outras modalidades discursivas. Essa nova forma de conhecimento objetivo “desloca da ideia de Deus, da sua causa última da existência, os seus fundamentos e os transfere para as relações regulares e funcionais apreendidas nos objetivos, com base em uma perspectiva antropocêntrica” (AYRES, 1995, p. 70).

O conhecimento, pois, descolou-se de sua dependência da metafísica tradicional e se desdobrou a partir do intelecto dos homens que buscam o conhecimento. Assim, o homem passou, a partir do século XVII, a se dedicar à lapidação de seu próprio olhar sobre os fenômenos que queria estudar, buscando alcançar uma apreensão cada vez mais objetiva deles. Foi nesse momento que o pensamento cartesiano ganhou força e operou um giro epistemológico no curso do desenvolvimento da ciência.

Vê-se assim, que os procedimentos ordenadores baseados na observação meticulosa, ao serem utilizados numa perspectiva abstrato-formal e reorientarem do particular para o geral o sentido das inferências produzidas, adquirem um estatuto epistemológico totalmente novo e revolucionário. (AYRES, 1995, p. 71)

Dessa maneira, a observação empírica assume um perfil analítico-explicativo, perdendo seu caráter descritivo-contemplativo desde Aristóteles. Esse giro epistemológico, que implica mecanismos de domínio racional da realidade e que, no final do século XVII, expande-se para todos os campos do conhecimento científico, encontra respaldo, no campo das ciências da saúde, no modelo hospitalar, que reúne doentes e permite a observação, a classificação e a análise em massa das doenças.

A ascensão do homem prático — que foi ganhando lugar de importância dentro do processo da revolução comercial —, assim como as operações racionais aplicadas ao fazer (AYRES, 1995), marca a revolução científica disparada pelo projeto cartesiano. Com o declínio do feudalismo, ascendeu uma nova possibilidade de os homens se reproduzirem materialmente. As novas formas de produção e de comercialização e as reconfigurações da organização social que as acompanhavam implicavam mudanças nas representações dos homens. A transição para o mercantilismo, que posteriormente se desdobraria no sistema de produção capitalista, marcou uma perspectiva antropocêntrica que passou a reger as relações dos homens com o mundo e uns

com os outros. De acordo com Ayres (1995, p. 79), “as novas formas de produção que incipientemente se instalavam na Itália já a partir do século VI e, posteriormente, no restante da Europa, intensificando-se no sentido setentorial, foram plasmando-se em meio a novas concepções sobre o homem, suas aptidões e vocações”.

Logo, os saberes que operam mudanças conscientes e racionalmente calculadas na vida dos homens e no mundo foram ganhando cada vez mais valor e, ao mesmo tempo, produzindo a racionalidade que favorece a ascensão dos saberes com apelo prático.

No contexto desse projeto antrope emancipador, a ciência moderna surge tanto como decorrência de possibilidades técnicas e demandas institucionais de métodos racionalizadores da produção e reprodução social, quanto como um retroalimentador destas possibilidades e demandas, ao desenvolver-se como um processo racional auto-instruído, autônomo, que se coloca ao lado da técnica e das instituições para servi-lhes de modelo. (AYRES, 1995, p. 82)

No entanto, a partir do século XIX, o discurso tecnológico da razão foi caminhando para uma unilateralidade, a partir de mudanças que começaram a acontecer em decorrência do processo de transformação já iniciado na passagem para o mercantilismo. Instaurou-se uma ordem político-social de hegemonia burguesa e, então, consolidou-se o capitalismo como modo de produção vigente.

O êxito técnico e econômico que os setores urbano-burgueses alcançavam e, como decorrência destes, o irreversível avanço de seu poder político-institucional fortaleciam o projeto antrope emancipador, que tem no iluminismo do século XVIII sua expressão teórico-filosófica mais característica e na Revolução francesa o clímax de sua efervescência social e política. (AYRES, 1995, p. 82)

O que era valorizado do ponto de vista econômico, ganhava força e investimento dentro dos projetos científicos. Investia-se no conhecimento que poderia fornecer recursos para a expansão política e econômica. Simultaneamente, tendia-se a suprimir os modos de o homem ser no mundo e, portanto, de fazer ciência, os quais iam na contramão desse processo socioeconômico.

A natureza e a sociedade serão interpretadas com base na identidade objetiva que lhes conferem as diversas ciências, ou melhor, suas identidades fragmentam-se e subordinam-se a racionalidades regionais de caráter teleológico. Tende a obliterar-se o espaço da vontade, posto que a esfera da necessária das necessidades, da socialidade, delimita as possibilidades de apreender e transformar o mundo. **A racionalidade tecnológica determina a**

priori as formas possíveis de recriação do mundo. (AYRES, 1995, p. 83, grifo do autor)

Gadamer (2006, p. 14), em *O Caráter Oculto da Saúde*, aponta que a ciência natural moderna, na qual a biomedicina se fundamenta, “possibilita um saber direcionado a uma capacidade de fazer, um domínio sabedor da natureza, quer dizer, a técnica”, afastando-se de uma concepção anterior de *práxis* como possibilidade de um ser-capaz-de-fazer. É um saber, pois, que instaura uma nova relação com a *práxis*, não se dando a partir de diversas experiências da vida prática, mas isolando as partes dos fenômenos mediante uma abstração e obtendo relações causais que possibilitem uma aplicação construtivista desse saber a fenômenos na *práxis*.

Com isso, ela [a ciência moderna] tem de considerar a inevitável particularidade de sua competência, porém, o que, com isso, entrou na vida foi ‘a ciência’, trazendo consigo um novo conceito de teoria e de *práxis*. Esse é um grande acontecimento na história da humanidade, que conferiu à ciência um novo perfil social e político. (GADAMER, 2006, p. 14)

É nítida a relação íntima que a ordem político-econômica guarda com os avanços, os desdobramentos e até os atrasos no desenvolvimento da ciência, uma vez que hoje “todo o ser-capaz-de-fazer científico, sob domínio da ordem econômica vigente, se transforma, incessantemente, em técnica, tão logo haja a promessa de lucro” (GADAMER, 2006, p. 33). Em outras palavras, observamos uma dinâmica em que a ciência pode tanto avançar em determinada direção, na medida em que encontra respaldo social e econômico para fazê-lo, quanto, em seu avanço, moldar os interesses da sociedade, bem como abrir caminhos possíveis de compreensão de mundo para o ser humano.

Quando o modo de produção capitalista está já instalado e as instituições refletem as novas formas de interação social requeridas para seu pleno funcionamento, o projeto antrope emancipador perde a força que caracteriza todo projeto revolucionário. As energias recriadoras hegemônicas ocupam-se não mais da transformação, mas da manutenção. A preocupação com os destinos do homem como gênero dão lugar às preocupações com os destinos do mundo dos homens, com o futuro de sistemas que, no vigor de suas prodigiosas realizações, parecem representar o ponto máximo de emancipação a que a humanidade pode chegar. A ciência ‘demonstra’ que nos elevados estágios de uma compreensão clara e positiva do mundo, cessa a história: todo movimento é progresso do que há, e qualquer progresso só é possível com a ciência. (AYRES, 1995, p. 83-84)

Não à toa, nossa época é a das ciências, afirma Gadamer (2006). Isso porque não apenas neste momento a ciência passou a ter domínio técnico-científico da natureza, com proporções qualitativas suficientes para se diferenciar da ciência dos séculos anteriores, como também o seu emprego prático criou um cenário inédito: “ela não está mais limitada, como era outrora no sentido de *techne*, a preencher as possibilidades de outra constituição deixadas em aberto pela natureza (Aristóteles). Ela ascendeu ao plano de uma contra-realidade artificial” (GADAMER, 2006, p. 14, grifo do autor). Assim, o progresso da ciência enquanto razão tecnológica foi balizando a vida social à medida que ditava as possibilidades de experiências dos sujeitos sociais, realizando sua manutenção a partir do processo de retroalimentação já automatizado.

A positividade empírica e os procedimentos ordenadores auto-instruídos situam-se, assim, no núcleo de um projeto progressivamente hegemônico, que deriva da pluralidade da experiência cotidiana uma normatividade que se expande da esfera produtiva, em sentido estrito, para as demais instâncias da vida social. As representações, os juízos ético-morais, as relações entre os diversos sujeitos sociais, tudo passa a subordinar-se à lógica meios-fins oriunda da esfera de produção. Um projeto tecnocconservador vem, assim, institucionalizar uma racionalidade aparentemente neutra, porquanto baseada numa subjetividade indeterminada (embutida, como vimos, na metafísica do objeto ‘natural’), a qual subordina a alteridade sob formas de dominação mais sutis e eficazes que os projetos antecedentes, pois não reprime só a expressão da alteridade, mas tende a reprimir a própria possibilidade de construção de alteridades. (AYRES, 1995, p. 84)

Todavia, a crise socioeconômica e as amplas transformações políticas no fim do século XX revelaram um momento crucial da tecnocracia, propício para repensar as práticas e saberes ligados à técnica e à ciência, uma vez que essa crise “parece indicar limites concretos à redução tecnológica da razão, abrindo novas perspectivas para os valores emancipadores da práxis” (AYRES, 1995, p. 199).

Diante disso, por um lado observamos atualmente uma crescente proposta de pluralidade e interdisciplinaridade na assimilação de uma realidade objetiva, visando a estreitar as fronteiras entre o conhecimento propriamente científico e os diversos campos do saber; por outro, notamos que esse modo de conduzir os impasses epistemológicos das ciências ainda não rompe com as relações de eficiência instrumental e com o ideal do “conhecimento seguro” (AYRES, 1995).

É nesse cenário que verificamos a ascensão progressivamente massiva da subordinação da ciência à Matemática, por exemplo. Neste momento, a Matemática, como área do conhecimento capaz de responder melhor à universalização almejada para a ciência, penetrou

em diversos campos científicos e paulatinamente passou a fazer parte da construção de conhecimento nas áreas de saúde.

Hoje, observamos esse enlace a partir das saídas probabilísticas que os discursos biomédicos sobre as doenças encontram no raciocínio causal-controlista (AYRES, 2002), seja na elaboração dos grandes manuais de doenças — que se fundamentam em análises estatísticas da incidência de sintomas em determinados quadros patológicos —, seja na possibilidade de oferecer cura a essas doenças através da farmacologia. Ou ainda, mas não menos importante, tal vínculo pode ser evidente na dependência que tem a medicina contemporânea da Matemática, principalmente das ciências da computação, que promovem construção de máquinas que podem tanto matematizar o corpo e medir níveis bioquímicos que revelem funcionamentos não observados a olho nu quanto curar e reestabelecer ou substituir funções corporais deficientes e/ou ausentes.

Nessa direção, Ayres (1995) propõe uma alternativa que se dirige ao resgate do fundamento ontológico da razão — no que diz respeito à construção e à compreensão do conhecimento objetivo —, tomando-o

Não um fundamento definitivo, naturalmente, mas construído histórica e socialmente; não uma ontologia universal, sempiterna e inumana, mas concebida como o elemento prático que coloca em relação, por meio dos valores intersubjetivamente validados, as experiências do passado e os projetos para o futuro. Sem renegar as conquistas das ciências, mas propiciando a justa avaliação de seus significados práticos, essa renúncia ao negativismo diante das incertezas da existência humana e de seu conhecimento racional parecer ser a alternativa que mais horizontes abre para uma práxis científica radicalmente comprometida com a emancipação humana. Orientados por esta renúncia conquistamos a possibilidade de argüirmo-nos coletivamente, a cada passo em que se fizer sentir como necessidade, até que ponto, e de que modo, um dado discurso racional potencializa ou subjuga a construção da solidariedade entre homens. (AYRES, 1995, p. 200)

É, portanto, a partir da inclusão — e não da exclusão, como a tradição cartesiana propõe — do sujeito no interior da produção de conhecimento que se torna possível resgatar a pluralidade da razão. Segundo Ayres (1995, p. 201), essa é “mais do que uma possibilidade lógica, é, na atualidade, uma necessidade inadiável”.

Ao desenvolver uma reflexão acerca do conceito de saúde, em outro trabalho, o mesmo autor busca demonstrar como as noções de saúde e doença não são pares opostos de uma mesma racionalidade, mas, ainda que guardando uma íntima relação, revelam justamente uma tensão

entre as racionalidades que permeiam as práticas de saúde. Assim, Ayres (2007) postula que o conceito de doença corresponde a interesses instrumentais:

A conceituação biomédica da doença (CAMARGO JÚNIOR, 2005) pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados normativamente pela noção de controle técnico dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de critérios a priori para o controle das incertezas. (AYRES, 2007, p. 46)

Já a saúde é essa experiência sobre a qual estamos sempre debruçados e que, por isso, não se deixa positivar como conceito.

Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer. Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com o novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações. É a esse processo que está relacionada a abertura relativamente grande do sentido da expressão saúde, que encontramos coletivamente, em diferentes épocas e grupos sociais, e entre os diferentes indivíduos em um dado tempo e local. Não é, portanto, da ordem do como fazer, segundo interesses e recursos conhecidos, que trata a saúde. É da ordem do quê fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo. É de caráter contrafático essa experiência. (AYRES, 2007, p. 50)

O autor supracitado propõe, dessa forma, um giro epistemológico da compreensão do conceito de saúde, questionando a definição excessivamente abstrata, ampla e idealista proposta pela OMS na década de 1970: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (ALMA-ATA, 2001, s.p.).

2.5 ENTRE O HOSPITAL E OS FUNDAMENTOS DAS CIÊNCIAS: A SAÚDE EM QUESTÃO

Um giro epistemológico das bases que sustentam as ciências da saúde promove e ao mesmo tempo é promovido por um giro epistemológico dos próprios conceitos de saúde e doença.

Uma compreensão hermenêutica do conceito de saúde passa, então, pela compreensão de que é mediante a colonização do mundo vital, feita pelas estruturas conceituais das ciências biomédicas, que interesses práticos e instrumentais, enredados em cada conceito, são ignorados em prol de uma elaboração racional das experiências e dos processos de saúde-doença-cuidado (AYRES, 2007). Nesse sentido, Ayres (2007) enfatiza não o abandono da racionalidade instrumental, mas a possibilidade de deslocá-la de sua posição atual de discurso absoluto no campo da saúde.

Entendo que o que se recusa no paradigma biomédico – no plano de sua operação nas práticas de atenção à saúde, é preciso que fique claro – é o modo como o discurso da doença monopoliza os repertórios disponíveis para o enunciado dos juízos acerca da saúde, a ponto de jogar na sombra todos os discursos da saúde que não se estruturam pelo raciocínio causal-controlista. Ou seja, não é que falte saúde na discursividade biomédica, ou aspectos positivos na sua conceituação. O problema é a profunda assimetria entre a legitimidade que se confere aos discursos causal-controlistas e outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença. (AYRES, 2007, p. 48)

Com isso, é possível entender que os saberes instrumentais, ou seja, a dimensão propriamente instrumental das ações em saúde estaria relacionada ao êxito técnico. O sucesso prático, por sua vez, diz respeito às dimensões simbólicas, relacionais e materiais que ações em saúde podem implicar na vida cotidiana (AYRES, 1995).

O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou dos agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações. (AYRES, 2007, p. 54)

O autor citado sugere, pois, que a razão instrumental esteja a serviço da prática, tornando-se penetrável a outros discursos.

Chega-se aqui à tese que sustenta centralmente este ensaio: *a reconstrução de conceitos e práticas de saúde tem como tarefa fundamental liberar nossa capacidade de escolha dos 'quê fazer' em saúde da sua colonização pelos juízos fechados e predeterminados da conceitualidade instrumental da biomedicina*. Não se trata, portanto, de abandonar tais juízos instrumentais,

mas de recoloca-los a serviço da racionalidade prática, invertendo suas tendências tardo-modernas. (AYRES, 2007, p. 51, grifo do autor)

Se ciência e *práxis* não coincidem, permitindo-nos questionar aquilo que uma põe a serviço da outra, é preciso, ainda que brevemente, explicitar sua relação. Gadamer (2006, p. 12, grifo nosso) discorre: “mesmo que em toda a *práxis* esteja incluída a aplicação científica, ambas não são idênticas, já que a *práxis* não significa apenas a exequibilidade daquilo tudo que se possa fazer. *Práxis* é sempre também **escolha e decisão entre possibilidades**”. Logo, uma razão instrumental que esteja a serviço das práticas é uma razão que não vislumbra a automatização de seus processos em busca de maior acuidade e garantia de êxito na aplicação prática, quase suspendendo a necessidade de tomadas de decisão no cotidiano da *práxis*. Ao contrário, busca fornecer instrumentos mais adequados para a lida com o imponderável da realidade prática.

Desse modo, a incompletude de toda a ciência empírica não significa apenas que ela, com base na sua contínua disposição, trabalhe novas experiências e exija uma legítima pretensão de universalidade, mas também que ela nunca possa corresponder totalmente a essa pretensão de universalidade. A *práxis* exige o saber; quer dizer, porém, que ela é coagida a tratar o respectivo saber disponível como uma completude e um saber seguro. Mas o saber da ciência não é *desse* modo é exatamente através disso que a ciência moderna se diferencia fundamentalmente do conjunto do saber antigos, o qual sob o nome de ‘filosofia’, outrora, quer dizer, antes do limiar da Idade Moderna, concentrava aquele saber da humanidade. O saber da ‘ciência’ não é concluído, portanto não pode ser chamado de *doctrina*. Ele se compõe de nada mais do que o respectivo estado da ‘pesquisa’. (GADAMER, 2006, p. 12, grifo do autor)

Desvincular as ações de saúde da colonização feita pelos juízos instrumentais da biomedicina e reorientá-las para servir não apenas a um êxito técnico, mas aos interesses práticos das populações e usuários dos serviços de saúde, é um modo de realizar uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde.

A saúde é (re)conhecida a cada vez, enquanto e porquanto se vive. São, portanto, da esfera da razão prática (GADAMER, 1997), e não da razão instrumental suas pretensões e exigências de validade discursiva. Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. (AYRES, 2007, p. 50)

Consequentemente, será possível tornar o saber em saúde mais humanizado, mais robusto e capaz de atender às demandas da população de maneira efetiva.

Claro que não se trata de abolir a ciência do âmbito desses regimes, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e certos ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais. (AYRES, 2001, p. 70)

Ora, não poderia a Psicologia ser um desses conhecimentos? Quais os efeitos da presença de profissionais que se orientam por uma perspectiva radicalmente divergente da que orienta as práticas biomédicas em uma instituição hospitalar? Quais as consequências da inclusão cada vez mais crescente de psicólogos que autorizam a colonização biomédica na prática clínica da Psicologia, objetivando atender às exigências científicas para sustentar seu lugar nas equipes de saúde? Ainda, quais as consequências para a equipe de saúde ao ter atendida a sua demanda em relação à presença de um psicólogo que esteja absorvido nesse discurso que impera no ambiente hospitalar?

A partir dessa noção de saúde, da compreensão histórica da construção do saber biomédico, das tensões a ela inerentes e das interferências sociais e econômicas na construção e na realização prática desse saber, buscaremos formular respostas possíveis às perguntas acima e a outras que orientam esta pesquisa.

2.6 PSICOLOGIA NO HOSPITAL: A QUESTÃO DA AÇÃO EM SAÚDE

A entrada do psicólogo nas instituições de saúde está relacionada à ampliação do conceito de saúde proposto pela OMS (ALMA-ATA, 2001), que abandona a definição simplista de ausência de doença e passa a considerar o contexto biopsicossocial. Nesse sentido, foi somente no final da década de 1970, com a redemocratização e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que, no Brasil, o modelo médico hegemônico abre portas para outros saberes, permitindo a entrada do psicólogo clínico e de outros profissionais nas instituições de saúde (MORETTO, 2019). Pode-se visualizar, nesse processo, que a entrada do psicólogo no hospital ocorre a partir de uma abertura promovida por um movimento político que acompanha essa ampliação do conceito de saúde de acordo com os preceitos da democracia.

Na medida em que mudava a concepção de saúde (não era mais apenas a ausência de doença), foi para o campo da Saúde Pública que convergiu uma parcela significativa dos profissionais psicólogos brasileiros, ampliando assim o seu campo de atuação (Dimenstein, 1998), ou seja, a Psicologia encontra um lugar na cena da saúde pública quando o modelo baseado unicamente na

‘prática médica curativa’ passa a dar lugar à atenção básica e ao modelo interdisciplinar (SPINK, 2010). (MORETTO, 2019, p. 33)

Além disso, em 1988, a Constituição Federal do Brasil também passou a definir a saúde como um direito dos cidadãos brasileiros e um dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação em saúde (MORATO, 2018).

Enquanto os níveis primário e secundário de atenção à saúde, junto às noções de promoção e prevenção em saúde, ganham força no sistema sanitário nacional, absorvendo para dentro do debate da saúde profissionais de outras áreas, no hospital ainda podemos observar uma maior resistência a essas mudanças. Sendo uma instituição de atenção à saúde que trata dos maiores níveis de complexidade, é no hospital que a ciência positiva e a técnica se mantêm com maior força. A demanda pelo êxito técnico e as consequências drásticas de uma possível falha em seus processos fazem dessa instituição aquela que mais sustenta a primazia da biomedicina, fazendo-se, portanto, menos permeável a outros saberes.

Isso posto, não foi sem desafios que a entrada do psicólogo aconteceu no hospital. Também é com muito esforço que se mantém até hoje nesta instituição, uma vez que o psicólogo, muitas vezes, apresenta-se como um completo estranho ao discurso que circula nesse ambiente médico. Assim, apesar de a Psicologia já ter produzido uma série de trabalhos que fundamentam a sua importância na composição da equipe hospitalar e de ser amplamente reconhecida pela comunidade científica e trabalhadora da área da saúde, seu lugar na equipe multiprofissional de diversas instituições hospitalares pelo país ainda não está, de modo algum, garantido. O psicólogo hospitalar ainda permanece em segundo plano em detrimento de outros profissionais, e é comum que muitos hospitais mantenham seu quadro de psicólogos com contratações insuficientes, quando não ausentes.

Para além dos desafios inerentes ao seu ofício — dentre eles, promover escuta qualificada, lidar com pacientes e familiares e realizar intervenções cabíveis junto aos sujeitos sobre quem se debruça —, ao psicólogo cabe o desafio constante de marcar seu lugar dentro da equipe multiprofissional e da instituição. Enquanto outras disciplinas que atuam no hospital podem operar com sua própria gramática sem grandes dificuldades, uma vez que elas são construídas já de acordo com o discurso biomédico, ao psicólogo se impõe a constante necessidade de construir pontes de diálogo com as demais especialidades que compõem a equipe. Por conseguinte, diante do desafio constante de ser estrangeiro no ambiente hospitalar, uma parte significativa da Psicologia acaba aderindo ao discurso biomédico.

É mantendo essa extraterritorialidade com relação ao médico que se consegue operar do lugar de analista, e é então, na maioria das vezes, que atravessado pelo desconforto causada pela exclusão da ordem médica, o analista se perde e, assim, perde seu lugar. (MORETTO, 2013, p. 71)

Buscando, pois, um modo — ilusoriamente — mais duradouro de garantir sua presença dentro do hospital, o psicólogo acaba se tornando uma espécie de especialista no funcionamento da mente e persegue técnicas de controle das emoções e de administração dos afetos.

Deste modo, o psicólogo hospitalar tem como tarefa exercer um conjunto de atos que recaem sobre o cliente, no intuito de proporcionar cuidado. Enfim, influenciado pelo saber médico, coloca-o no lugar de ‘paciente’. Partindo de uma compreensão do cliente como ‘homem doente’, não acredita na possibilidade deste desenvolver ações cuidadosas para si mesmo e para outros. Sendo assim, o psicólogo hospitalar, aqui compreendido como ‘especialista’ no assunto, no afã de cumprir sua tarefa, tende a objetivar aquele que sofre. Assumindo a postura de agente cuidador, tende a suprimir possibilidades. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 63)

À primeira vista, isso acaba servindo bem à instituição hospitalar, dado que o psicólogo corrobora o avanço do tratamento em termos técnicos. No entanto, há riscos importantes envolvidos em uma prática psicológica que abre mão do próprio discurso (CAUTELLA JÚNIOR, 2012; MORETTO, 2001, SIMONETTI, 2004).

A Psicologia Hospitalar é, conforme Simonetti (2004), o campo de saberes e tratamentos dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. É importante notar que o autor se refere ao campo como um conjunto de saberes e práticas que tratam dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, e não das causas psicológicas do adoecimento. Isso porque o autor parte do pressuposto de que a Psicologia Hospitalar se inscreve e atua — idealmente — fora do debate da causa do adoecimento (SIMONETTI, 2004). Sob essa ótica,

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um ‘real’, de natureza patológica, denominado ‘doença’, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais. (SIMONETTI, 2004, p. 15)

Esse aspecto demarca um lugar ético e prático do trabalho do psicólogo hospitalar, bem como a compreensão de mundo e de ser humano que o conduz.

Ao afirmar que a Psicologia Hospitalar se ocupa não apenas dos aspectos psicológicos do paciente, mas daqueles em torno do adoecimento, Simonetti (2004) sublinha que as ações da Psicologia hospitalar não incidem apenas sobre a dor do paciente, mas também sobre aquilo que, à sua volta, apresenta-se como sofrimento e angústia.

A psicologia hospitalar define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada na família, a angústia disfarçada na equipe e a angústia geralmente negada dos médicos. Além de considerar essas pessoas individualmente, a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se em uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de **facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos.** (SIMONETTI, 2004, p. 18, grifo nosso)

Aqui, evidenciamos que o trabalho do psicólogo no hospital é diferente, por exemplo, do trabalho clínico praticado no consultório particular. Não há uma diferença ética, mas há uma diferença prática, pois o exercício na instituição demanda uma grande carga de trabalho direcionada a seus atores e às relações que operam seu funcionamento.

O fato de esta clínica ocorrer na instituição produz consequências que ultrapassam a relação entre o psicólogo e seu paciente, já que o psicólogo, como membro da equipe, atua também no campo da construção de decisões, problematizando e provocando discussões de pontos que, sem sua escuta, provavelmente poderiam contribuir para a desvalorização da singularidade. (MORETTO, 2019, p. 37)

Entretanto, se as ações do psicólogo hospitalar não se voltam apenas para o sujeito adoecido, é possível dizer que o que sustenta sua prática, ou, em outras palavras, o que orienta suas ações, é aquilo que há de subjetivo no cotidiano hospitalar. Esta subjetividade se encontra não apenas no usuário, mas em todos os sujeitos, seres sempre em relação, que estão, naquele recorte de tempo e espaço, reunidos em função do adoecimento.

O objetivo da psicologia hospitalar fundamenta-se em uma posição filosófica muito particular, que pode ser melhor compreendida se colocada em perspectiva com a posição filosófica que fundamenta a medicina. E quando se faz isso, a primeira coisa que salta aos olhos é o fato de a Psicologia não ser a medicina. É certo que, na cena hospitalar, medicina e psicologia se aproximam bastante, articulam-se, coexistem, tratam do mesmo paciente, mas não se confundem, já que possuem objetos, métodos, e propósitos bem distintos: a filosofia da medicina é curar doenças e salvar vidas, enquanto a filosofia da psicologia hospitalar é reposicionar o sujeito em relação a sua doença (SIMONETTI, 2004, p. 20)

Como dito anteriormente, a possibilidade de resistir ao discurso hegemônico e de insistir em seu modo próprio de trabalho parece residir em uma possibilidade de se sustentar eticamente.

E se, como já mencionamos, o que confere caráter clínico à prática psicológica é o fato de ela ser a clínica do sujeito e não das doenças, vale ressaltar também, como faz Figueiredo (1996), que a clínica psicológica se caracteriza não pelo local em que se realiza, mas pela qualidade da escuta e da acolhida que se oferece ao sujeito. Esta talvez seja uma das principais contribuições da Psicologia Clínica ao psicólogo em sua tarefa de promover saúde: a noção de que a clínica implica determinada posição em relação ao outro, posição esta que aposta na construção de práticas ético-políticas que valorizam o protagonismo dos sujeitos (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007). (MORETTO, 2019, p. 43)

Se até aqui desenvolvemos uma compreensão de que a tarefa do psicólogo não é a mesma do médico ou das demais especialidades que compõem a equipe médica, qual é o seu papel, então? Se consideramos que o “objeto” de trabalho do psicólogo é a subjetividade, então podemos apontar o ato da escuta como fio condutor primordial do seu trabalho.

Há um aforismo hipocrático que diz o seguinte: ‘curar sempre que possível, aliviar quase sempre, consolar sempre’. Se transmutamos o ‘consolar’ para ‘escutar’, chegaremos a algo muito próximo da filosofia da psicologia hospitalar, que então pode ser definida como filosofia da escuta, em oposição à filosofia da cura da medicina. (SIMONETTI, 2004, p. 21)

Perder-se no discurso médico, abrindo mão do próprio discurso em busca da garantia de um lugar, incorreria, no melhor dos casos, na anulação do potencial colaborativo da Psicologia para as práticas de saúde. Assim, é de extrema importância que o psicólogo, inserido na instituição hospitalar, esteja atento ao constante chamado para que ele se adapte (leia-se “se iguale”) ao discurso biomédico e que esteja seguro de seu lugar e do valor de sustentar uma diferença discursiva, não se deixando seduzir pela promessa de poder realizar seu trabalho sem o tensionamento decorrente dessa diferença. Inclusive, é justamente nessa diferença primordial, inevitável e fértil que a relação de tensão entre o saber psicológico e o saber médico se articulam, produzindo movimento.

Enquanto a primeira [Psicologia] faz da subjetividade o seu foco, a segunda, a medicina científica, exclui a subjetividade de seu campo epistêmico de uma forma sistemática, tendo mesmo como ideal uma suposta abordagem objetiva do adoecimento não enviesada por sentimentos e desejos. Acaba por excluir a subjetividade tanto do paciente quanto do médico. O problema dessa

abordagem objetiva da medicina é que o excluído na teoria retorna, com toda a força, na prática da clínica médica [...] (SIMONETTI, 2004, p. 21)

Ainda assim, embora haja certo consenso dentro do campo acerca dessa diferença fundamental, os modos como cada psicólogo vai lidar com a questão da emergência da subjetividade e da tentativa de exclusão dela pela medicina permanecem em aberto, convocando-nos a sustentar as questões:

Será o papel da psicologia hospitalar o de atuar como depositária de toda a subjetividade em torno do adoecimento, permitindo, com esse gesto, que a medicina continue a ignorar a subjetividade e a trabalhar com um corpo como se nele não estivesse embutido o sujeito? Caberia à psicologia hospitalar redirecionar, de forma cuidadosa e não acusativa, essa subjetividade de volta para a medicina, forçando-a a incluí-la em sua filosofia? Poderia a medicina ser também subjetiva e continuar biologicamente tão eficaz? São questões à espera de respostas. (SIMONETTI, 2004, p. 22)

Neste momento, retomamos o nosso tema central: o trabalho do psicólogo em relação aos profissionais de saúde. Simonetti (2004) fornece uma boa pista do lugar de onde parte a necessidade de pensar nessa dimensão da escuta psicológica realizada no ambiente hospitalar. O autor afirma que, se o discurso biomédico acaba por excluir a subjetividade tanto do médico quanto do paciente e se essa subjetividade excluída tende a retornar, seria possível pensar a abertura de escuta apenas para os afetos que emergem no paciente?

É isso que vemos acontecer na grande maioria das vezes. O psicólogo que trabalha em hospital — tomado pela grande demanda de trabalho, pela lógica produtivista que delimita as tarefas a serem executadas pelos trabalhadores de todas as categorias, pelo constante chamado do discurso médico para engolfar o seu modo de trabalho e pelo apelo da instituição para que se debruce exclusivamente aos pacientes — frequentemente se indisponibiliza para a equipe e se ensurdece para as demandas que surgem nela e a partir dela.

A partir desse ponto de vista, traçamos um percurso da Psicologia Hospitalar como campo que abre espaço para a atuação do psicólogo em hospital. No entanto, é necessário destacar que, para além dessa área, temos outras práticas psicológicas que operam no hospital e que resguardam especificidades, possibilidades e desafios outros, apesar de confluírem no que diz respeito à ética e aos preceitos básicos já expostos. Partindo desse ponto, podemos, então, começar a tecer a forma como o plantão psicológico entra em um ambiente tão dinâmico quanto o hospital e quais as implicações disso para uma prática psicológica dentro dessa instituição.

2.7 O PLANTÃO PSICOLÓGICO: UMA AÇÃO CLÍNICA EM QUESTÃO

O plantão psicológico surge no Brasil a partir da criação do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP), em 1968, fundando, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), o campo do aconselhamento psicológico na Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers, com uma disciplina ministrada por Oswaldo de Barros (NUNES; MORATO, 2009).

Inicialmente relacionado à orientação profissional e educacional e praticado por diversos profissionais, o campo do aconselhamento psicológico foi, naquela época, legitimado como área de atuação específica do psicólogo, assim como o Psicodiagnóstico. A história do SAP se entrelaça à história do IPUSP e da Psicologia no Brasil, apresentando-se, desde o início, como um marco de diversas mudanças que vinham ocorrendo desde a década de 1960. Além disso, criou possibilidades para que os alunos de Psicologia atendessem os clientes ainda na graduação (MORATO, 2006), inaugurando um novo leque de projetos de extensão universitária na área. Até o ano de 2018, quando o serviço foi encerrado, teve importante função formativa para os estudantes do IPUSP, visando a proporcionar atendimento de qualidade à comunidade e a servir como um campo de estágio para os alunos (NUNES; MORATO, 2009).

O LEFE surgiu em um contexto no qual a capacidade dinâmica do SAP se mostrou limitada por causa de questões institucionais que impossibilitavam a reinvenção do serviço de acordo com as novas demandas que iam surgindo na comunidade, tal como o alcance, por parte do SAP, a instituições fora da universidade. A partir disso, a docente Henriette T. P. Morato, coordenadora do SAP na época, propôs uma reflexão sobre os elementos instituintes do serviço e até mesmo uma revisão crítica da Abordagem Centrada no Cliente e do campo do Aconselhamento Psicológico. Em busca de intervenções mais pertinentes ao contexto que se apresentava, em 1999, o LEFE abriu as portas do IPUSP para receber demandas externas e lançar-se a novas experiências para além dos muros da universidade (MORATO, 2006).

O laboratório foi formado por um grupo de graduandos e pós-graduandos, sob a orientação da coordenadora do laboratório. Deu início a suas atividades levando o plantão psicológico a outras instituições, rompendo radicalmente com a noção de processo psicoterapêutico como única possibilidade clínica efetiva para o sujeito.

E é assim que em 1999, trinta anos após a fundação do SAP, surge o Laboratório de Estudos e Prática em Psicologia Fenomenológica Existencial – LEFE, hoje intitulado Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia, com a missão de promover conhecimento neste campo. Para isto, através da epistemologia proposta pela Fenomenologia

Existencial, começa a desenvolver uma série de práticas psicológicas em instituição tendo, algumas delas, o Plantão Psicológico como metodologia interventiva. Com a cooperação de docentes, colaboradores especialistas, alunos da graduação, especialização e da pós-graduação, constituiu-se um núcleo de estudos onde o Plantão Psicológico surge como um dos temas centrais de pesquisa. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 49)

Inicialmente, ao LEFE foi solicitado que levasse atenção psicológica a Casas Abertas, a crianças em situação de rua, à Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM)/Fundação CASA, a Companhias de Polícia Militar, a Delegacias de Polícia Civil e ao Tribunal Regional do Trabalho (TRT). Posteriormente, foi direcionado também para o Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEPE-USP), o Fórum de Justiça Juvenil e os Mutirões Habitacionais (MORATO, 2017).

Atualmente, as atividades do laboratório se inclinam para diferentes instituições e trazem marcas características de cada espaço e das práticas que as fundamentam. O modelo de plantão psicológico realizado pelo LEFE hoje se faz presente na Clínica-Escola do Instituto de Psicologia (CEIP) da Universidade de São Paulo, no Departamento Jurídico XI de Agosto da Faculdade de Direito do Largo de São Francisco, no Conjunto Residencial da Universidade de São Paulo (CRUSP), no Hospital Universitário do Butantã (HU), no projeto da Aldeia Guarani no Jaraguá e no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Bacuri.

A abrangência a outras instituições representa uma grande virada na compreensão da prática de Aconselhamento Psicológico. Visando a conhecer as demandas dos atores institucionais a partir daquilo mesmo que apresentam, o LEFE foi se aproximando cada vez mais da fenomenologia existencial para compreender a prática e atuar junto às instituições via projetos de extensão.

Na medida em que a prática psicológica se deslocou para instituições, dava-se a ver como ela abria outras possibilidades de ações. Se, por um lado, a ação clínica possibilitava ver a instituição através de seus atores, por outro, a instituição ia apresentando contornos de como seria pertinente uma ação clínica nesse contexto. Esses atravessamentos foram permitindo refletir acerca dessa ação. Nessa mesma direção, o Plantão se apresentava como possibilidade de compreensão atravessado pelo lugar onde ocorria, revelando como a prática não poderia ser marcada e aprisionada por procedimentos, técnicas nem teoria. O inesperado e incontornável são presença pela qual a ação clínica se dá a ver pelo Plantão. (MORATO, 2017, p. 23)

Partindo sempre de um pedido realizado pela instituição, a equipe do LEFE buscava, desde a solicitação, ir tecendo compreensões acerca do pedido que a instituição dirigia ao laboratório. Foi entrando nas instituições solicitantes, em uma atitude primeira de reconhecer o

território. O projeto se inclinou ao funcionamento da instituição, aos atores institucionais, às pessoas que ali circulam. Tornou-se disponível para esse local desconhecido, permitindo-se ver, escutar, sentir a atmosfera e as sensações que acompanham os acontecimentos cotidianos da instituição.

Esse movimento foi desvelando a compreensão de que era necessário fazer uma distinção entre aquilo que aparecia como queixa ou pedido no momento de solicitação ao laboratório e as demandas dos atores institucionais a quem se ofereceria esse cuidado (MORATO, 2006). Isso porque compreendeu-se que raramente o pedido (geralmente da gestão ou de algum coordenador institucional) correspondia àquilo que os atores institucionais de fato reconheciam ou revelavam como demandas no contato com o plantão. Considerar a diferença entre os pedidos realizados e as demandas que neles estavam implicadas se fazia necessário não só para a condução dos atendimentos, mas também para a construção do projeto de atenção à instituição mais alinhada às necessidades e possibilidades dos que compunham o corpo institucional.

Assim, nenhuma intervenção era previamente construída; era apenas dentro da instituição, em ação, que as possibilidades interventivas surgiam e eram realizadas. Essa metodologia, de traçar caminhos dentro da instituição a partir da escuta dos atores institucionais, foi se aproximando do que Rolnik (1989) descreve como uma cartografia clínica:

Cartografia refere-se ao cartografar enquanto método com dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles. 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. Criação da co-existência. (MORATO, 2006, p. 5)

A cartografia clínica foi, então, sendo apropriada pelos trabalhos realizados no laboratório, originando possibilidades para um modo de ser clínico em instituições, reconhecendo-a e transformando-a, simultaneamente. Nesse sentido, ao mesmo tempo que essa forma de conhecer possibilitava o engendramento de possíveis ações clínicas, gerava também reflexões sobre a própria intervenção em ação (BRAGA; MORATO; MOSQUEIRA, 2012). Se, desde a entrada na instituição, a equipe de plantão se coloca atenta não apenas para oferecer escuta individual aos atores institucionais, mas também para compreender o contexto que vai se apresentando naquele momento, a própria instituição revela os elementos a partir dos quais é possível realizar uma ação clínica pertinente a seu contexto (MORATO, 2017). Por isso, a

cartografia clínica se desvelava como uma metodologia de pesquisa interventiva, oferecendo possibilidades de pesquisar a *práxis* psicológica mediante relatos da vivência experienciada em campo (AUN, 2005).

Os projetos de extensão eram compostos por grupos de plantonistas, dentre os quais graduandos, pós-graduandos e colaboradores lançavam-se ao campo, em um movimento cartográfico, buscando oferecer escuta e compreender as possibilidades de cuidado disponíveis ou ainda a caminho naquele contexto. Dessa forma, ao transitar pela instituição, os plantonistas eram tocados por uma grande diversidade de situações que se apresentavam. Lançados no desconhecido e implicados na tarefa de responder ao funcionamento da instituição e aos pedidos que emergem, inquietavam-se, e questões lhes surgiam. Aqui, destaca-se o papel da supervisão. No próprio campo ou posteriormente, em grupo, era na supervisão que geralmente essas questões eram desveladas e podiam, a partir da reflexão, trazer compreensões acerca do trabalho na instituição. Era via supervisão que o aluno podia adentrar o território da instituição, como cartógrafo, sem se perder de vista. Então, o momento de supervisão revelou-se como dispositivo essencial tanto para o cuidado com os plantonistas quanto para a construção dos próprios projetos.

Essas características do plantão se mantêm até hoje, ainda que, a cada novo projeto, busquemos nos lançar no campo, despidos de direções previamente dadas; nossas experiências anteriores são levadas conosco, o que não poderia ser diferente. No entanto, a cartografia clínica como metodologia de pesquisa e intervenção vai se revelando cada vez mais em sua amplitude e maleabilidade, permitindo-nos dar ao menos os primeiros passos em direção ao desconhecido de cada instituição.

O plantão psicológico, atualmente, configura-se como uma modalidade de prática psicológica na qual os plantonistas se disponibilizam, por um período de tempo semanal, a realizar uma escuta clínica de qualquer pessoa que solicite atenção psicológica dentro do contexto institucional.

Nessa perspectiva, o plantão busca desalojar-se da rigidez técnica que marca a produção de conhecimento moderna, na tentativa de criar um espaço marcado pela disponibilidade de escutar o que emerge do encontro, e não de circunscrever e significar afetos, afinando-se a proposta da fenomenologia hermenêutica de Heidegger.

O sentido da existência (sentido de ser) nunca é aquele pelo qual se possa responder teórico-conceitualmente (embora o possamos explicitar em palavras). Não vamos encontrar o *sentido* da existência nas explicações teóricas, nas ideologias, nos princípios morais ou legais. O *sentido* da

existência está lá, no aberto da abertura dos estados de ânimo, como seu destinar-se, como seu rumo. (CRITELLI, 2006, p. 108, grifo da autora)

Entendemos que a atuação do plantonista no contexto da solicitação imediata do cliente pode ser acolhida sem a intenção de um atendimento processual. Por não possuir necessariamente um caráter processual, o plantão possibilita que o espaço da escuta psicológica seja uma referência para o sujeito, embora móvel e provisória: o plantonista, no plantão, pretende dirigir-se à atualidade daquele que o interpela, percebendo e respondendo àquilo que se apresenta como modo próprio de ser humano (MORATO, 2008): “nessa medida, é trabalho do plantonista relançar no próprio discurso do cliente aquilo que se apresentou a ele como urgência” (MORATO, 2017, p. 19).

É na abertura radical de acolher aquilo que se mostra no exato momento em que se mostra que se fia o potencial interventivo do plantão. Isso porque, disponibilizando-se a acolher e a recolher (FIGUEIREDO, 1994) o que emerge como questão ou afeto, o plantão se oferece como um lugar para o qual o sujeito pode se endereçar em um momento crítico, de angústia e de desamparo.

2.8 PLANTÃO NO HU: AÇÃO EM SAÚDE COMO QUESTÃO

Em 1966, a Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo instituiu um novo curso de Medicina que visava a uma maior articulação entre prática e teoria, bem como a organização das diferentes áreas médicas, demandando a criação de um hospital de ensino. Em 1969, nasceu a ideia do HU, que foi inaugurado oficialmente em 1981. Abriu as portas primeiramente para a área de Pediatria e, posteriormente, no mesmo ano, para Ginecologia e Obstetrícia. As Clínicas Médica e Cirúrgica surgiram apenas quatro anos depois. O hospital está em funcionamento até hoje e se consagrou não só uma referência de estágio aos alunos da USP, mas também como uma referência de assistência à comunidade do Butantã. Tendo excelência na assistência e no ensino, recebe, em média, 2.500 alunos por ano de diversas áreas da USP: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Ciências Farmacêuticas e Serviço Social. Além disso, produz cerca de 400 pesquisas anualmente⁷. Com o objetivo de se fazer instituição de assistência, ensino e pesquisa, o HU acolhe um grande número de atores institucionais, dentre eles

⁷ Informações obtidas no site <http://www.hu.usp.br/> em 19 de abril de 2019.

pacientes, acompanhantes, funcionários, residentes, estagiários e professores, tornando-se um lugar de grande circulação e fluidez.

Apenas em 2005, após um processo de reestruturação acadêmica que teve início em 2003, surge o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar. No ano seguinte, um projeto acadêmico assistencial, fruto da parceria entre o HU e o IPUSP, foi colocado em andamento. Na mesma direção de outras unidades que compõem o HU, a Psicologia passa a integrá-lo com o propósito de formar seus alunos e de prestar assistência aos seus usuários a partir de uma abordagem multidisciplinar. Entretanto, desde o início desta pesquisa, o contato com a Psicologia Hospitalar do hospital foi nulo. Alguns projetos de extensão de outros laboratórios do IPUSP são conhecidos, mas não há psicólogos hospitalares contratados para atuação em enfermarias, pronto-socorro e UTI, e o corpo institucional acaba contando com os alunos estagiários de Psicologia e com a Psiquiatria para oferecer assistência em saúde mental ao hospital.

Em 2007, membros da gestão do HU solicitaram ao LEFE a elaboração de um projeto de atenção psicológica. Em uma série de reuniões entre membros das duas entidades, foram emergindo questões referentes às dificuldades que os residentes e outros membros de algumas equipes do hospital mostravam ao lidar com o cotidiano hospitalar (CAUTELLA JÚNIOR, 2012).

De início, o projeto se colocou disponível a todos os atores institucionais, na tentativa de construir outro modo possível de atenção psicológica dentro da instituição. O LEFE entrou no hospital com a intenção de perseguir os vestígios das queixas e dos incômodos relatados por representantes do HU (CAUTELLA JÚNIOR, 2012).

A entrada no campo hospitalar foi precedida por uma série de reuniões entre a direção do HU e os integrantes do LEFE. Destes encontros, buscava-se aparar arestas burocráticas e acadêmicas, porém já surgia, ainda que em linhas gerais, a ideia do que posteriormente veio a ser o Plantão Psicológico no HU. Em tais reuniões, não surgiam queixas específicas, que justificassem de pronto a presença do psicólogo no hospital. Todos partiam da premissa de que a existência deste profissional neste contexto era relevante e, como hospital-escola, cabia ao HU acolher psicólogos em formação. No entanto, ainda que de maneira tímida, começava a ficar patente o desejo de todos os envolvidos para transcender as práticas psicológicas tradicionais, costumeiramente exercidas no hospital e já em andamento através de outros convênios e serviços, que abarcavam certas necessidades habitualmente associadas à práxis hospitalar do psicólogo. Aos poucos, amparados pela informalidade, que só acontece ao término das reuniões bem sucedidas, começam a surgir ‘pequenos incômodos’ do árido cotidiano institucional. Um aborda as dificuldades junto aos internos e residentes de medicina, outro, estimulado pelo depoimento do colega, diz dos modos de relacionar de membros da

equipe multiprofissional, sem deixar de enunciar o sofrimento de todos junto aos pacientes, alguém tão próximo, ao mesmo tempo em que distanciado pela premência dos procedimentos. As queixas, agora transvestidas em ‘banalidades cotidianas’, finalmente começavam a surgir para quem se dispunha a ouvir. E foi assim, já marcando um diferencial em relação ao projeto acadêmico que proporcionou a abertura para esta possibilidade de atendimento, que a atenção psicológica era pensada, já não restrita a pacientes e acompanhantes, colocando como alvo de sua ação todos os atores institucionais. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 71)

A grande circulação de pessoas, a impermanência dos atores institucionais naquele ambiente, a variedade de pedidos por atenção psicológica — que vinham das mais diversas pessoas que ali estavam —, a presença de uma Psicologia Hospitalar que resguardava certas possibilidades de atendimento e cobria uma gama de necessidades institucionais, a tentativa de fazer frente a um modo extremamente técnico de lidar com os sujeitos, imposto pela medicina no ambiente hospitalar: todos esses aspectos apontavam para o plantão psicológico como possibilidade de intervenção naquele espaço.

Guardando relações muito próximas à prática médica, a ideia do plantão no ambiente hospitalar foi bem acolhida pela instituição. Afinal, dentro das práticas de saúde em geral, é comum a figura do profissional que fica disponível em determinado espaço físico, por um tempo determinado, oferecendo cuidado a qualquer pessoa que o procure.

O termo ‘Plantão’ refere-se à permanência em um lugar, por tempo determinado, tendo em vista a execução de um serviço. É usual ouvir esta expressão associada a certos ramos de atividade que têm como práxis a realização de tarefa vital, tendo na área da saúde as disciplinas cujo lócus da práxis é o hospital. No entanto, paulatinamente, outras profissões foram se apropriando da ideia de se estar à disposição de uma clientela em espaço e tempo pré-determinado, mesmo não estando no hospital. O Plantão Psicológico não vem à luz no hospital, tendo sua gênese distante deste ambiente, no entanto, vai, progressivamente, caminhando para este lugar. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 47-48)

É nessa medida também que o plantão se apresenta como prática de urgência e emergência psicológica bastante pertinente ao ambiente crítico da instituição hospitalar. Então, disponibilizando-se, por determinado período de tempo, a acolher as demandas que vão até seu espaço, o plantão psicológico atua na imediatez do emergir do sofrimento.

Urgência e emergência são palavras usadas no hospital, muitas vezes, quase como sinônimos. Elas fazem parte do discurso dos profissionais que trabalham, em seu dia-a-dia, com os mais inesperados acontecimentos, tendo esses termos relação próxima a esta condição. No Plantão Psicológico,

urgência e emergência dizem de diferentes momentos: emergência é o emerge em forma de queixa ou pedido inicial, com foco no sofrimento ou interrogação que é enunciado ao plantonista, no hospital geralmente relaciona-se ao motivo de estar ali; já a urgência é o que urge solicitando cuidado; é a demanda que se mostra e se constrói na investigação dialógica do plantão (MORATO e NUNES, 2009; BRAGA, 2009). (COSTA, 2014, p. 89-90)

Ao mesmo tempo, o plantão, que atua como projeto de extensão universitária, não se subordina aos ditames institucionais, apesar de buscar agir em conformidade com eles. Isso torna sua presença ali simultaneamente estranha e familiar, possibilitando um modo de intervir junto àqueles que estão entranhados no funcionamento institucional e uma grande abertura para que os alunos-plantonistas, psicólogos em formação, se descubram como clínicos com maior liberdade. Os plantonistas, então, “não são estranhos, nem entranhados estão; cria-se uma terceira margem, possibilidade até então irrealizada, justamente por realizar-se pela sua presença” (COSTA, 2014, p. 71). Ainda, a possibilidade de não estar submetido a outras burocracias, geralmente presentes em estágios em instituições — como rígida carga horária ou quantidade de atendimentos a serem cumpridos —, proporciona um cuidado maior a esses alunos que se aventuraram a fornecer uma escuta clínica em um ambiente tão caótico quanto o hospital.

Se o plantão é inicialmente chamado a oferecer cuidado aos trabalhadores da instituição, mais especificamente aos residentes dos pronto-socorro e UTI (CAUTELLA JÚNIOR, 2012), por que rapidamente se transformou em um projeto com atenção voltada prioritariamente aos pacientes e acompanhantes, chegando, com o passar dos anos, a atender quase que exclusivamente essa população e apresentando-se tão distante do trabalho dos profissionais da saúde da instituição? Como relatam autores que já realizaram pesquisas no hospital a partir do plantão psicológico, os plantonistas, diversas vezes, relataram enfrentar dificuldades para realizar atendimentos aos funcionários especializados do hospital (CAUTELLA JÚNIOR, 2012; COSTA, 2014).

A cartografia se experimenta enquanto solicitude transitando pelas possibilidades institucionais, oferecendo-se tanto aos usuários do serviço como aos trabalhadores. Explicita-se nas falas dos alunos uma dificuldade dos profissionais em compreenderem o espaço do plantão como possibilidade de cuidado para eles também. Na maioria das vezes, reconheciam o plantão como um serviço para os pacientes em uma analogia aos atendimentos oferecidos por eles mesmos e à lógica da instituição. Ao mesmo tempo as relações de poder amarradas hierarquicamente e a organização do processo de trabalho limitam as possibilidades de ‘conversar’ durante o expediente. (COSTA, 2014, p. 64)

Embrenhados na cultura institucional, na qual pacientes e profissionais de saúde ocupam lugares radicalmente opostos, os trabalhadores não tomam imediatamente o plantão como lugar de escuta para si. Além disso, estando em seu ambiente de trabalho, outras questões éticas e práticas geram a impossibilidade de utilizar o plantão para falar e refletir sobre as próprias questões.

[...] médicos e enfermeiros se relacionam de maneira utilitária com o serviço, considerando-o como instrumento de apoio para a sua própria práxis. Deste modo, estas pessoas, com raras exceções, têm dificuldades em ponderar a possibilidade de beneficiarem-se do espaço de outra forma. No entanto, as demandas existem, tanto quanto em qualquer outro segmento da população hospitalar (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 84)

Assim, o plantão psicológico realizado no HU foi sendo construído em meio a diversas questões acerca do atendimento aos trabalhadores da instituição. Isso porque, a despeito dos pedidos constantes tanto por parte da gestão quanto dos profissionais de assistência, o atendimento do plantão psicológico aos profissionais nunca foi uma realidade estabelecida e sólida, como pode ser no caso do atendimento oferecido a pacientes e acompanhantes. Apesar da disponibilidade dos plantonistas para realizar atendimentos de plantão também aos profissionais, isso era pouco comunicado às equipes no dia a dia.

Cautella Júnior (2012) aponta, em seu trabalho, uma sensação de solidão e de desalojamento relatada pelos plantonistas em relação ao ambiente hospitalar.

Mas aquele ambiente hospitalar guarda algumas particularidades. Por ser um hospital escola, o HU é palco de grande trânsito de pessoas. Se não bastasse a afluência de pacientes, há também grande rotatividade de profissionais e alunos das inúmeras faculdades conveniadas. Como consequência disto, prevalece uma impessoalidade quase que instituída. Por mais que os psicólogos plantonistas tentassem estabelecer relações fundantes que possibilitassem maior alojamento no contexto hospitalar, a vivência dos plantonistas, até hoje, é de grande solidão. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 74)

De fato, pode ser muito solitária a posição do plantonista na instituição, uma vez que sua ação implica certo descolamento das demandas institucionais e, ao mesmo tempo, a sustentação de uma disponibilidade para trabalhar a partir delas. Afinal, como já visto anteriormente, apenas a partir desse descolamento, que marca uma diferença discursiva, é que a escuta pode ser oferecida (MORETTO, 2001). É justamente por poder sustentar essa diferença que o trabalho da escuta pode ser tão útil à instituição quanto aos pacientes, aos acompanhantes

e, aqui acrescentamos, aos profissionais das equipes. Todavia, o que Moretto (2001) pontua é que manter essa diferença não é necessariamente abraçar a solidão oriunda dela e manter-se à margem das equipes, mas é a incessante tentativa de construir ponte entre os saberes.

Nessa perspectiva, a autora diferencia a entrada do psicólogo (ou do projeto de atenção psicológica) de sua inserção na instituição hospitalar. A entrada diz respeito à ocupação da vaga em si, a um contrato que existe previamente. Já a inserção envolve a construção de um lugar de saber⁸ — a partir da consolidação de uma rede de relações com os outros profissionais da saúde — em que a fala ganha estatuto de voz (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014). Nesse sentido, podemos considerar que, no caso do projeto de plantão psicológico, sua entrada não era bem estabelecida, visto que não havia vínculo formal empregatício entre os plantonistas e a instituição. O vínculo, construído a partir de um projeto de extensão, apesar de ser comum em instituições universitárias, carrega certa fragilidade de um vínculo institucional, uma vez que o próprio projeto não possui uma permanência com prazo indefinido e precisa ser renovado a cada semestre. Além disso, da parte dos plantonistas, é importante pontuar que i) há grande rotatividade das pessoas que compõem os grupos de plantão a cada semestre; ii) respondem a uma disciplina em outra instituição, não ao hospital; iii) seguem calendário e carga horária de estágio estabelecida pela graduação, participando do cotidiano hospitalar por poucas horas semanais.

Ao iniciar-se como uma cartografia clínica, a fim de aproximar-se da realidade da instituição, afinar-se com as suas demandas, para só depois ir construindo um projeto de intervenção, o plantão revela sua abertura cuidadosa à possibilidade de atuar institucionalmente, não apenas realizando atendimentos psicológicos individuais aos atores institucionais. Nesse ponto, o trabalho desenvolvido pelo laboratório faz coro à proposta de Moretto (2019) sobre a entrada na instituição, o que nos permite estabelecer mais um paralelo com as possibilidades de inserção que o projeto de plantão psicológico enfrenta em sua história.

Em casos nos quais o psicólogo é convocado a implantar projetos e/ ou serviços de assistência psicológica na instituição de saúde, na perspectiva psicanalítica, em função do que chamamos acima de ‘articulação entre vertente clínica e vertente institucional’, é prudente que um dos primeiros passos de seu trabalho, como membro de uma equipe na instituição de saúde, seja a avaliação institucional, ou seja, o diagnóstico da realidade das demandas

⁸ A ideia de “lugar de saber”, familiar à abordagem psicanalítica, implica uma demanda de saber, ou seja, mais do que um encaminhamento, a equipe passa a solicitar um pedido de retorno do saber do analista. Segundo as autoras, é justamente essa demanda por outra possibilidade de compreensão — e, posteriormente, de intervenção — que garante o lugar do psicanalista no hospital. Neste ponto, tomamos a liberdade de equiparar o analista ao plantonista, visto que ambos ocupam um lugar de escuta dentro do ambiente hospitalar.

institucionais, o que já é, em alguns casos, de certo modo, interventivo. (MORETTO, 2019, p. 37)

É, pois, diante de um grande desafio que o plantão psicológico se coloca ao atuar no hospital mediante uma demanda que, ao ser dirigida ao plantão, não necessariamente abre um espaço para que ele atue, nem mesmo garante sua permanência ou se disponibiliza a uma construção conjunta.

Contudo, se é tarefa do psicólogo, a partir de suas ações, construir seu lugar na instituição, não seria sua tarefa também abrir, junto às equipes, que não tomam de início o plantão como lugar de cuidado e escuta para si, essa possibilidade? Se estamos de acordo que sim, se é na ação de escutar e de oferecer cuidado que se abre a possibilidade de isso acontecer, como isso pode ser feito por meio desse projeto de plantão?

Por toda essa construção, faz-se agora possível formular a pergunta que nos acompanhou e nos conduziu em campo durante toda essa pesquisa: quais possibilidades de cuidado se abrem para os profissionais de saúde da instituição hospitalar a partir de um projeto de plantão psicológico?

3 METODOLOGIA: POR ONDE EN-CAMINHAR A QUESTÃO

Perguntar sobre as possibilidades de cuidado aos profissionais de saúde a partir do plantão psicológico é perguntar também sobre como pode o plantão se realizar no ambiente hospitalar em direção a tal cuidado.

Para o início da pesquisa, partimos do pedido de atenção/cuidado/assistência que reiteradamente era dirigido ao plantão, seja através de queixas aos plantonistas no cotidiano do trabalho, seja através de reuniões convocadas por gestores e representantes da instituição com a coordenação do laboratório responsável pelo projeto de plantão psicológico no HU. Guiada pela minha questão, passei a me perguntar: o que leva a instituição a retornar a nos fazer solicitações se, em campo, os profissionais pouco usufruem do que é oferecido pelo plantão?

Diante disso, junto aos alunos, decidimos, então, oferecer mais constante e explicitamente a possibilidade de atendimento psicológico aos funcionários e recolher aquilo que viesse como uma resposta deles a essa proposta. Paralelamente, fomos também buscando maior contato com a equipe, ainda que fosse para falar de pacientes ou de questões mais práticas do funcionamento do hospital. Apresentávamo-nos e, sempre que possível, dizíamos que estávamos ali também para escutá-los. Com surpreendente frequência, soltavam suspiros de alívio e nos diziam: “Que bom que estão aqui! Precisamos muito de vocês!”. Em seguida, logo nos indicavam algum paciente para atender ou, quando muito, um colega. Insistíamos: “mas e você?”. Em resposta, geralmente recebíamos alguma fala que acabava por desviar da pergunta. Fazendo piadas ou em tom mais sério, diziam que não sentiam que precisavam conversar naquele momento e que o atendimento a um paciente seria mais importante.

Por outro lado, nunca ouvimos de algum funcionário que o espaço de escuta aberto a eles era indesejado, inadequado ou sem utilidade. Era interessante observar como a possibilidade de um espaço de escuta para eles não era rechaçada explicitamente. Ao contrário, era frequentemente comemorada e recebia certo interesse, ainda que implícito. Haveria, neste interesse, alguma abertura? Raramente o encontro se realizava dentro dos moldes do atendimento psicológico.

Atentos aos afetos que, com frequência, acompanhavam esses encontros com os profissionais, retornamos ao afeto preponderante no relato dos plantonistas: a sensação de constrangimento, incômodo e estranheza que pairava na atmosfera quando ofereciam atendimento psicológico aos profissionais ali, naquele momento imediato e naquele espaço onde também desempenham seu ofício.

Passamos, então, não só a refletir acerca das possibilidades de cuidado psicológico ao profissional de saúde, mas também das possibilidades de trabalho conjunto entre psicólogo e profissional. Para tanto, consideramos as diferenças epistemológicas entre a episteme que sustenta o trabalho do plantão e a das ciências biomédicas nas reflexões sobre os possíveis encontro entre os psicólogos e os outros profissionais da equipe que atuam no hospital. Nessa direção, emergiu a necessidade de tornar explícita a compreensão de cuidado que vai aparecendo como fio condutor da investigação em curso. Por fim, perguntamo-nos acerca dos limites e das possibilidades que o plantão, como modalidade de prática psicológica, traz consigo no que diz respeito ao cuidado aos profissionais de saúde.

A metodologia de pesquisa foi desenhada, pois, a partir do que se apresentava no cotidiano do hospital junto a esses profissionais. A pergunta de pesquisa surge como uma forma de explicitar os sentidos historicamente já sedimentados no modo de compreender os fenômenos investigados. Assim, a aposta é a de que, tornando explícito o modo de compreensão do fenômeno, poderão se abrir novas vias de trabalho para e com esses profissionais.

Por isso, é possível dizer que a metodologia desta pesquisa se faz a partir da fenomenologia hermenêutica. Esta não busca, assim, perguntar o porquê das coisas, mas qual horizonte de sentido para que algo aconteça do modo como acontece. No caso da nossa pesquisa: qual é o horizonte de sentido que leva os profissionais de saúde do hospital a não frequentarem o atendimento psicológico disponível, mesmo quando relatam a necessidade de ir? Qual o horizonte de sentido em que esse cuidado pode se dar e como? A leitura hermenêutica do fenômeno pode abrir possibilidades de compreensões contextualizadas que contribuam para uma prática psicológica mais afinada às possibilidades dos profissionais de saúde de instituições hospitalares.

Apostamos aqui na fenomenologia e na hermenêutica como bases fundamentais em que se torna possível abordar a existência e os fenômenos que as acompanham.

A fenomenologia nasce, em Husserl, como um questionamento ao modo de pensar que se configurou na modernidade como conhecimento científico. Heidegger (2015) a desenvolve como uma crítica a uma forma de construção de conhecimento oriunda da tradição metafísica. O autor coloca em questão as noções de ser e de verdade, fundamentais a todo modo de pensamento, ainda que, em muitos deles, essas noções não estejam explicitadas. Reformulando os modos de compreender essas noções, inaugura uma nova ontologia, abrindo também novas possibilidades de construção de conhecimento. Como aponta Critelli (2006), a fenomenologia

[...] subordina a possibilidade do conhecimento às possibilidades existenciais; o pensar se estabelece sobre o ser, evidenciando-o. [...] Assim, a tarefa de se pensar a possibilidade de uma metodologia fenomenológica de conhecimento é, em última instância, uma reflexão sobre o modo humano de ser-no-mundo, inclusive tal como desdobrado na tradição da civilização ocidental. [...] Mais do que ponderar a respeito de instrumentais, o delineamento de uma metodologia de investigação e análise fundada na fenomenologia deverá cuidar do talhamento de um olhar. Ao mesmo tempo que intenta moldá-lo, deverá ir despindo-o de um hábito desde há muito invisível. (CRITELLI, 2006, p. 17)

No tocante ao pensamento metafísico, o que o impulsiona é justamente uma tentativa de superação da relatividade da verdade. Esta tentativa, do ponto de vista da fenomenologia, funda-se no próprio modo como o homem vai tentando superar a insegurança do existir.

A segurança buscada ao longo da história da episteme ocidental baseou-se na dúvida de si mesmo que o homem estabeleceu, lançando para fora de si mesmo (de sua ontologia, ou das condições nas quais a vida lhe é dada) a possibilidade de qualquer domínio da realidade. Inclusive de suas idéias. Somente a *precisão metodológica do conceito* (que pela crítica heideggeriana podemos ver sob o termo *representação*) garante ao conhecimento humano sua imutabilidade, unicidade e absolutidade. [...] Assim, para o pensar metafísico, toda a possibilidade de um conhecimento válido e fidedigno é garantida pela construção de conceitos logicamente parametrados e de uma privação da intimidade entre homens e seu mundo, isto é, entre homens e a experiência que têm do seu mundo. (CRITELLI, 2006, p. 14-15, grifo da autora)

No entanto, para a fenomenologia, a fluidez e a insegurança que o pensamento metafísico busca superar são constitutivas e originárias do pensar e do movimento de mostrar-se dos entes. Em outras palavras, enquanto a metafísica se funda na busca pela superação da angústia, a fenomenologia parte justamente desta última, compreendida como abertura constitutiva da construção de conhecimento.

A perda do sentido de ser. Só a partir daí é que o pensamento encontra seu apelo para pensar. Só diante do vazio de sentido para ser, que torna insignificantes os significados tácitos de outrora claros de todas as coisas, é que o pensamento se lança na aventura de saber, de conhecer. O pensar se lança como propriamente é, interrogante, se angustiado; ele é posto pela angústia de ser diante do nada, da inospitalidade do mundo, liberdade da existência. (CRITELLI, 2006, p. 24)

Para o pensamento metafísico, essa condução precisa ser sustentada por uma precisão metodológica que garanta que as respostas a suas perguntas possam ser encaradas como verdades absolutas. Assim, é a arquitetura instrumental que dita as possibilidades de

desenvolvimento desse questionamento. Pela ótica da fenomenologia, no entanto, isso se inverte, e o modo de colocar em andamento uma interrogação vai sendo balizado não por um método previamente estabelecido, mas por aquilo que se quer saber.

Assim, da mesma forma como o que institui a metafísica é seu empenho em superar a fluidez do mundo e do pensar (consequentemente do existir) para possibilitar o *conhecimento*, a fenomenologia só compreende a possibilidade do conhecimento através da aceitação desta mesma fluidez. (CRITELLI, 2006, p. 15, grifo da autora)

É servindo ao que se quer saber que o aparato instrumental (provisório) se faz presente em uma investigação de orientação fenomenológico-existencial.

Para Heidegger, o método coincide com o movimento do pensamento, pertencendo à própria questão, ou seja, é determinado por aquilo que se deseja saber (STEIN, 1983). Mediante essa condição, pode-se mencionar que a bússola ou a direção de um processo investigativo é dada pela questão que mobiliza o pesquisador, bem como pela relação estabelecida com o fenômeno pesquisado. (REBOUÇAS; DUTRA, 2018, p. 204)

A hermenêutica passa a ser compreendida, então, em Heidegger, à luz da fenomenologia, não mais como uma reflexão que incide sobre a interpretação, mas como uma filosofia propriamente. Assim, Heidegger vai propor uma hermenêutica da facticidade (GRONDIN, 2012), em que o homem é compreendido como ente indeterminado e hermenêutico. Ou seja, para o filósofo, existir é compreender e interpretar. Com isso, a tarefa de uma hermenêutica da facticidade seria desvelar a facticidade (a tarefa de existir) para si mesma, uma vez que a existência tende a evitar-se a si à medida que é absorvida pelo mundo. Dessa forma, o projeto de Heidegger de uma hermenêutica da facticidade, destrutiva,

[...] não se trata, então, de propor uma nova moral, mas de convidar ao Dasein para ser o que ele é, um ser que pode ser ‘aí’ onde caem as decisões fundamentais quanto a seu ser, mas que muito frequentemente está noutro lugar, distraído, longe de si. (GRONDIN, 2012, p. 41)

Gadamer (2006), sucedendo Heidegger e atendo-se principalmente aos trabalhos de seu antecessor sobre a linguagem, lança duas principais teses acerca da hermenêutica. A primeira é a de que o entendimento é um processo sempre linguístico, ou seja, “a linguagem, entendida a partir do diálogo, pode se abrir a tudo o que pode ser entendido e a outros horizontes linguísticos que venham ampliar os nossos” (GRONDIN, 2012, p. 76). A segunda é a de que o objeto do

entendimento é, ele mesmo, linguístico. Assim, a linguagem não é instrumental e nominalista; ela mesma já é a articulação do próprio ser das coisas (GRONDIN, 2012). Sob essa ótica, a hermenêutica de Gadamer se manifesta como uma filosofia universal sobre o mundo e o caráter linguístico da experiência que temos deste mundo.

Toda a remodelação de nosso mundo vital através de uma ordem de costumes, formação religiosa e cultural de tradição, tudo isso remete a este último milagre que não constitui apenas da sinalização que regula um tipo de comportamento, mas da construção de uma própria comunidade linguística e seu mundo em comum. A arte de podermos ouvir-nos uns aos outros e a força de poder escutar o outro, isso é o novo, e nisso consiste o universal de toda a hermenêutica, que envolve e suporta nosso pensamento e nossa razão. Assim, a hermenêutica não é apenas uma disciplina auxiliar que representa para muitas disciplinas uma importante ferramenta metodológica adicional. Ela mesma se estende ao âmago da filosofia, a qual não é apenas pensamento lógico e pesquisa metódica, mas também obedece sempre à lógica do diálogo. O pensamento é o diálogo da mente consigo mesma. Foi dessa maneira que Platão designou o pensar, e isso significa ao mesmo tempo: pensar é um escutar respostas que fornecemos a nós mesmos ou que nos são fornecidas, quando questionamos sobre o incompreensível. Compreender o incompreensível, e compreender especialmente aquilo que quer ser compreendido, envolve o todo de nossa capacidade de reflexão que, nas religiões, na arte dos povos e nos refletores de nossa tradição histórica, sempre coloca à disposição novas respostas e, com cada resposta, provoca novas questões. Isso é hermenêutica enquanto filosofia. (GADAMER, 2006, p. 168-169)

Desse modo, esta pesquisa pode ser considerada fenomenológica e hermenêutica, na medida em que é a prática clínica e a escuta dos profissionais de saúde, bem como a própria experiência do cotidiano da instituição, que podem abrir possibilidades de compreensão da prática.

Ao tomarmos a fenomenologia e a hermenêutica como um caminho possível de investigação das temáticas em Psicologia, nós consideramos que a atitude fenomenológica nos permite ir ao fenômeno tal como ele se mostra, e que o elemento hermenêutico em si mesmo é a condição do Dasein que já sempre se compreende em seu ser. Com isso, afirmamos o *metà-hodós*, também, como o caminho mais original que em si mesmo já comporta um modo de fazer, investigar, enfim conquistar o sentido daquilo que, ao mesmo tempo que se mostra, se retrai. (FEIJOO, 2018, p. 331)

Tornar explícita a experiência é tornar explícita também a compreensão, pois compreender não equivale ao processo cognitivo de entendimento racional acerca de algo, mas ao modo como, a partir da experiência, vamos nos conduzindo pelas possibilidades que se abrem.

No compreender, a presença projeta seu ser para possibilidades. Esse *ser para possibilidades* em compreendendo é um poder-ser que repercute sobre a presença as possibilidades enquanto aberturas. O projetar inerente ao compreender possui a possibilidade própria de se elaborar em formas. Chamamos de *interpretação* essa elaboração. Nela, o compreender apropria-se do que compreende. Na interpretação, o compreender vem a ser ele mesmo e não outra coisa. A interpretação funda-se existencialmente no compreender e não vice-versa. Interpretar não é tomar conhecimento do que se compreendeu, mas elaborar as possibilidades projetadas no compreender. (HEIDEGGER, 2015, p. 209, grifo do autor)⁹

Essa explicitação dos sentidos que acompanham uma compreensão pode ser chamada, como propõe Heidegger (2015), de interpretação explícita ou temática. Interpretar e compreender, como vimos, nem sempre correspondem a um processo cognitivo.

A ‘compreensão’ (*Verstehen*) é, para Heidegger, a abertura de sentido originária que constitui o homem enquanto ser-no-mundo. Não se é primeiro homem para depois compreender ou não, ser homem é já ser sempre em alguma medida, elaboração posterior daquilo que já se abriu de forma não temática à pré-compreensão. Não se interpreta para compreender, só é possível interpretar porque já se compreendeu. Toda interpretação, no sentido usual do termo, é elaboração e explicitação temática do pré-compreendido. (SÁ, 2017, p. 63)

Tendo em mente a concepção acima, chamamos de compreensão o próprio modo como o sujeito vai se relacionando com a sua existência e com o mundo. Igualmente, interpretação seria, para Heidegger (2015), a apropriação do acontecer compreensivo que se dá na própria lida com o mundo. A interpretação temática, por sua vez, seria apenas uma das formas de interpretação da existência. Esta, passando por um processo de explicitação dos pressupostos em jogo, mostra-se como forma de alcançar o conhecimento sobre algo.

É a explicitação do que está em jogo na maneira como o plantonista se conduz frente ao encontro com os profissionais de saúde do hospital que permite a construção de novos modos de realizar a escuta deles. Como apontam Rebouças e Dutra (2018, p. 204), “pesquisa e clínica, na perspectiva fenomenológica hermenêutica, acompanham o próprio movimento da existência e rumam na direção dos sentidos dos fenômenos a partir da experiência”.

No entanto, tal explicitação nunca é plena: “*ser histórico quer dizer não se esgotar nunca no saber-se*” (GADAMER, 2008 [1986], p. 399, grifo do autor). A noção da

⁹ Na versão citada de *Ser e Tempo* (Heidegger, 2015), Márcia Sá Cavalcante traduz *dasein* como “presença”. Nas citações, a palavra aparece, então, nesse sentido. Porém, ao longo do texto, manteremos a palavra *dasein*, no original, ou utilizaremos a tradução “ser-aí”, largamente utilizada por diversos autores.

impossibilidade do humano de esgotar-se através de um saber — dado que seu ser é histórico e se realiza a cada vez, não podendo ser definido em um conceito — aponta a hermenêutica como uma filosofia adequada ao estudo das ciências humanas e, portanto, da Psicologia.

Sob esse viés, a tarefa da hermenêutica proposta por Heidegger, e atualizada por seu discípulo Gadamer, é, pois, elucidar o campo histórico compreensivo do Dasein. A verdade aqui não se trata daquilo que é verificado pelo método, mas daquilo que permite desencobrir a tradição, no sentido de clarear os pressupostos que guiam a nossa interpretação. (REBOUÇAS; DUTRA, 2018, p. 206)

Dessa forma, é importante enfatizar que a interpretação explícita aqui realizada tem como horizonte tecer elaborações, e não a busca por uma verdade última acerca dos fenômenos. Sendo assim, *“o pressuposto de que parte a fenomenologia, nesta discussão, é o de que a perspectiva do conhecer e a verdade que este alcança não podem, senão, ser relativas”* (MORATO, 2017, p. 13, grifo).

Toda ação de querer saber sobre algo ou de busca por compreender um fenômeno é considerada uma investigação. Nesse sentido, a ação do psicólogo/plantonista é clínico-investigativa, uma vez que aqui se compreende a investigação como a ação de colocar em andamento uma interrogação. É só a partir de uma atitude clínico-investigativa do psicólogo/plantonista que se torna possível a tessitura deste trabalho. Ao mesmo tempo, na busca por compreender a partir de si mesmo, a clínica, como ação de inclinar-se ao outro, pode aparecer. Nisto, reencontramos um dos pontos principais da pergunta que norteia esta pesquisa. Uma das possibilidades de cuidado aparece na própria investigação, na busca por compreender o outro a partir do horizonte histórico que é o dele.

Nessa conjuntura, a pesquisa vai se desenvolvendo no mesmo passo da ação clínica, ação cuidadosa, realizada no HU, e no modo de compreender, a cada vez, os acontecimentos com o qual nos deparamos no cotidiano da instituição. Entendemos, então, que é possível conduzir a clínica dentro do hospital mediante a compreensão de que as questões que se apresentam na instituição — e que mobilizam o pedido por um cuidado direcionado aos profissionais de saúde — advêm dos limites do discurso no qual o hospital se apoia.

Ao mesmo tempo, vamos acompanhando as reflexões que somos capazes de fazer a partir do que se pode recolher dessa abertura ao outro. De acordo com Figueiredo (1994, p. 118), *“recolher, por sua vez, é reunir o que se colheu; poderíamos, portanto aproximar re-colher de com-preender: tanto na recoleta como na compreensão o ente se mostra – o ente constitui como sendo tal ou qual – na medida em que é reunido a si mesmo na clareira do seu ser”*.

Para recolher, reunir e tecer reflexões acerca do que emerge no encontro com os profissionais de saúde no hospital, lançamos mão da cartografia clínica e dos diários de bordo como meio de registro do trabalho em campo. Tal movimento investigativo, já realizado em trabalhos de campo do LEFE, apresenta-se como primeiro passo para a atenção psicológica em instituição sem findar-se, uma vez que é preciso acompanhar o caráter dinâmico institucional e suas constantes transformações. Logo, a cartografia clínica desvela-se como metodologia fundamental para a realização de uma prática que busca não se perder em uma técnica, o que poderia produzir engessamentos.

Conforme Rolnik (1989), o termo “cartografia” pode ser compreendido como a formação de outros mundos:

Para os geógrafos, a cartografia — diferentemente do mapa, representação de um todo estático — é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. [...] Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, 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. (ROLNIK, 1989, p. 15-16)

Segundo Aun e Morato (2009), é necessário manter-se como cartógrafo durante toda a permanência de trabalho na instituição e, concomitante à exploração do território, enxergar para além da solicitação de ajuda inicial. O cartógrafo, sujeito participante no percorrer do caminho e no processo de desvelamento do real, posiciona-se como estrangeiro. É preciso afastar-se do conhecido e lógico para abrir-se ao inesperado (LÉVY, 2001), em busca de sentido ao longo da viagem. Pode-se dizer, assim, que o pesquisador, simultaneamente, afeta e é afetado, marca e é marcado, atravessa e é atravessado pelas experiências.

Sendo a cartografia clínica o método de pesquisa adotado, o acesso às experiências cartográficas pode ser vislumbrado por meio dos registros feitos em diários de bordo. Podemos justificar tal uso porque, “como registro de viajante que desvela territórios, a cartografia também solicita um diário de expedição, um diário de bordo” (AUN; MORATO, 2009, p.123). A ação cartográfico-clínica, sucedida por reflexão e narrada de forma livre, repousa em registros textuais escritos pelo próprio pesquisador.

Esse olhar particular de viajante, que atravessa as narrativas engendradas em diários, inexoravelmente não abarca total e integralmente as experiências clínicas. Tão pouco se pretende abarcar tal totalidade — que, se fosse palpável, corresponderia ao “real em si”. Segundo Cabral e Morato (2003, s.p., grifo das autoras), toda pesquisa na perspectiva

fenomenológica existencial procura “empreender uma compreensão *qualitativamente diferente (outra)* de algum fenômeno”, sendo, portanto, a busca por uma franja do real, e não do real em si. Em uma atitude investigativa fenomenológico-hermenêutica, a presente pesquisa se propõe a desvelar sentidos possíveis para as experiências relatadas nos diários da pesquisadora, entendendo o próprio pesquisador como parte da trama que sustenta o fenômeno estudado — estando ele, essencialmente, a bordo, e nunca à parte.

Isso posto, os diários de bordo que serão apresentados dizem respeito às experiências como plantonista, supervisora e pesquisadora no projeto de plantão psicológico no HU da USP. Logo, não se tratam de análises de atendimentos, mas de reflexões a partir de uma investigação das vivências/experiências de campo, em diversos momentos, durante o tempo em que se desenvolveu esta pesquisa.

Dessa forma, este estudo pode ser compreendido como um fazer e refletir em ação, criando sentido, e a metodologia como uma construção de um possível caminho para a investigação (CABRAL; MORATO, 2003), que é norteada pela questão-bússola.

4 DISCUSSÃO¹⁰ — OU COMO PODE-SE COMPREENDER O QUE SE DEU A VER

4.1 O CARÁTER CUIDADOR DAS AÇÕES EM SAÚDE

Diante dos impasses apresentados, este trabalho inicia quando o grupo de plantão psicológico no HU se propõe a pensar e a buscar construir, de maneira mais ativa, um espaço que pudesse ser tomado pelos profissionais de saúde do hospital. Primeiro, passamos a oferecer o atendimento, apelando para a comunicação direta e deixando explícito que estávamos disponíveis. Passamos, então, a nos apresentar e reapresentar a cada contato que tínhamos com alguém da equipe. Apresentarmo-nos era dizer, a cada oportunidade, repetidas vezes, nosso nome, de onde vínhamos e, principalmente, o que fazíamos ali. O vínculo da equipe do plantão psicológico com os membros da equipe profissional não era algo simples, não era algo dado: era algo a ser construído. No entanto, nos primeiros meses, as investidas de aproximação foram tantas vezes frustradas que frequentemente questionávamos a possibilidade de oferecer cuidado à equipe de saúde.

Em uma ocasião, uma dupla de plantonistas circulava pela UTI pediátrica do hospital quando se deparou com uma equipe reunida na ilha. Contaram que ao se aproximarem, todos os olharam com certo estranhamento. Quando se apresentaram como psicólogos, uma grande festa foi feita. Todos passaram a dizer da importância de ter a Psicologia por ali, do quanto eram convocados a lidar com situações para as quais não foram preparados. A equipe parecia ter se interessado pelo trabalho daqueles jovens e foram tentando saber mais do Plantão e no que poderiam lhes ajudar. Quando os plantonistas relataram que estavam disponíveis para realizar atendimentos aos funcionários também, comemoram novamente. A informação foi recebida com entusiasmo e surgiram falas como ‘Meu Deus vocês foram enviados na hora certa’, ‘Falávamos hoje à tarde exatamente sobre isso’, ‘Depois disso, Ele existe’. Uma médica logo se antecipou e, interrompendo a euforia, disse: ‘A gente precisa tanto, mas os pacientes precisam mais’ e emendou: ‘O Dr. D. vai passar o caso para vocês’, apontando um residente. (DIÁRIO DE BORDO)

Quando nos aproximávamos e perguntávamos aos profissionais sobre os pacientes, sobre “casos” da enfermagem ou sobre a ala onde nos encontrávamos, a conversa tendia a fluir com certa naturalidade; porém, quando queríamos saber sobre eles e como estavam, ou oferecíamos escuta de modo mais direto, as respostas eram frequentemente evasivas.

¹⁰ Etimologicamente, “discussão” diz respeito a expor, ou seja, dar a ver o que foi investigado. Disponível em: <https://unabridged.merriam-webster.com/>. Acesso em: 27 set. 2021.

Nos primeiros meses, entendíamos esse movimento como uma recusa à nossa proposta de atendimento e atenção aos membros da equipe. No entanto, chamava a atenção que esta aparente recusa nunca era categórica. O oferecimento de escuta também nunca era rechaçado ou tratado com algum sinal de hostilidade. Pelo contrário, era muito frequente que os profissionais se mostrassem bastante tocados pelo oferecimento da escuta, que começassem a falar do quanto precisavam disso, mas, invariavelmente, logo deixavam de lado as próprias vontades/necessidades, voltando-se a seus afazeres, como a médica mencionada acima o fez. Voltando a trabalhar, era comum também que logo nos colocassem para trabalhar também, atribuindo-nos alguma tarefa.

Buscávamos não recusar imediatamente a tarefa, por mais fora do nosso escopo que ela estivesse, mas também nos preocupávamos em não a atender sem reflexão, na tentativa de sustentar que não estávamos lá apenas para executar os pedidos que surgiam, mas que outras possibilidades de uso do plantão permaneciam em aberto.

Ao andar pela pediatria, paramos na baia e nos apresentamos à equipe de Enfermagem. C., enfermeira, se aproximou e começou a falar da mãe de um dos pacientes que estava internado: relatou que a mãe estava muito nervosa e querendo que seu bebê recebesse alta o quanto antes. Dizia que havia uma suspeita de que o bebê estivesse com uma doença respiratória grave, pois o seu pai, com quem tinha contato diário, já havia sido diagnosticado. Desse modo, a equipe estava realizando uma série de exames para a confirmação, não querendo liberar a alta antes que todos os testes que julgavam necessários estivessem prontos. Enquanto isso, a mãe exigia constantemente que a alta fosse dada logo, dizendo que não aguentava mais ficar no hospital. A enfermeira mencionou que além deste filho, havia outra criança, mais velha na família, mas que desde o início da internação (semanas atrás) a mãe não deixava o hospital. A enfermeira demonstrava um pouco de indignação com isso e fazia comentários que nos dava a entender que achava que a mãe estava ‘apegada demais’ ao bebê. De repente, como se estivesse falando do mesmo assunto, a enfermeira mencionou que também tinha um filho. Nos mostrou fotos dele em seu celular. Passamos a fazer perguntas sobre seu filho, então, demonstrando interesse no que ela tinha a falar sobre ele. No entanto, diante das perguntas mais diretas sobre seu filho, ela deu respostas evasivas, demonstrando estar constrangida. Nos interrompendo, guardou o celular também repentinamente e disse que nos levaria até o leito em que se encontrava o paciente e sua mãe, da qual estava nos contando anteriormente. (DIÁRIO DE BORDO)

Nessa situação, percebemos o quanto a história do paciente e sua mãe remetia à enfermeira suas próprias experiências. Ainda que não tenha sido possível nos demorar na questão que a tocava, a situação nos mostra como a profissional, ainda que muito empenhada no esforço de manter-se atuando o mais tecnicamente possível, não consegue realizar uma

separação total entre seus próprios afetos, medos e questões do que interpreta como as necessidades de seus pacientes.

O constrangimento apresentado pela enfermeira, ao ser mais diretamente interrogada e convocada a falar do próprio filho, é algo que observávamos com frequência quando oferecíamos nossa escuta aos profissionais. Seja em grupo, seja em conversas individuais, o constrangimento perante a oferta de escuta pelo plantão foi se mostrando como um vestígio a ser perseguido diante da questão inicial de por que os atendimentos não aconteciam.

Com frequência, os plantonistas também relatavam se sentirem constrangidos ao oferecer atendimento aos profissionais ou a dirigir alguma pergunta que não dissesse respeito ao trabalho. Diziam sentir que estavam “invadindo”, “atrapalhando” ou oferecendo algo muito descabido. A sensação parecia ser unânime nos grupos de plantão, parecendo dizer muito mais da situação, da atmosfera que pairava no encontro com os profissionais, do que de uma vivência específica de determinado profissional de saúde ou plantonista.

Já vimos que o discurso médico, assentado em uma epistemologia que pressupõe a divisão entre sujeito e objeto, tentar excluir aquilo que seria encarado como “a subjetividade do paciente”, para tomá-lo como objeto adequado ao estudo a partir das leis naturais (AYRES, 1995; AYRES, 2008; GADAMER, 2006; MORETTO, 2001). Porém, é necessário considerar que o método da ciência positiva também se alicerça numa suposta objetividade do olhar do pesquisador/observador, o que só seria possível se este pudesse se dividir em um ser racional e um sensorial. Assim, podendo dividir-se, deixaria de lado tudo aquilo que faz parte do campo dos afetos e teria uma percepção imparcial, objetiva e, portanto, verdadeira dos fenômenos.

Desse aspecto, uma possível compreensão pode ser traçada no concernente ao constrangimento que pairava sobre a possibilidade de uma escuta psicológica ali, no ambiente de trabalho, dentro do contexto hospitalar: o próprio profissional, buscando exercer suas funções da melhor maneira, tenta excluir da cena os próprios afetos, as emoções e tudo o que não encontre lugar na racionalidade. Todavia, o que sentem não deixa de ter implicações importantes no modo como vão conduzir suas ações no cotidiano institucional, ainda que tentem se apoiar nos protocolos e no saber médico.

Estávamos conversando com um médico, atualmente em cargo de gestão, sobre a situação econômica da Universidade e do Hospital e as implicações disso na qualidade do trabalho dos profissionais do HU. Nos contava da crescente taxa de profissionais que estavam pedindo licença por problemas de saúde e pedia que elaborássemos algum projeto de apoio a eles, diante disso. Minha dupla comentou então o quanto toda a comunidade universitária estava, de certa forma, sofrendo e encarando as consequências disso, buscando

apontar, talvez, que não se tratava de uma questão apenas psicológica, mas mais ampla do que isso. Ao que o médico prontamente respondeu: 'É, mas nós, profissionais da saúde, não podemos falhar'. (DIÁRIO DE BORDO)

Constranger-se diante da suposição de que haveria algo a ser dito em relação aos seus afetos, naquele ambiente, parece apontar para uma associação entre ser afetado pelo outro e realizar seu trabalho com menos objetividade e, por isso, menos rigorosamente. Logo, afetar-se resultaria na perda da qualidade de seu trabalho. Se, como revelado no diário de bordo acima, a falha é intolerável, qualquer aspecto que pode levar a ela vai sendo paulatinamente excluído do campo de possibilidades. A rígida relação com os métodos presente nas ciências biomédicas ainda propõe um ideal de neutralidade do sujeito da ciência. Este ideal permeia as relações de trabalho no hospital, promovendo consequências para o profissional que deixar transparecer seus afetos no cotidiano laboral.

Buscando excluir o campo dos afetos do ambiente de trabalho, deparam-se com os limites do saber técnico. Isso porque, invariavelmente, percebem-se convocados a lidar diretamente com a singularidade do ser humano e com os estados de ânimo que acompanham os processos de adoecimento.

É imprescindível considerar que o método diagnóstico, que visa à generalização, à busca de relações causa-consequência e à possibilidade de replicação de procedimentos, é o mais eficaz para os objetivos aos quais a medicina atual se propõe, podendo antecipar o curso do adoecimento e agir sobre ele, visando ao reestabelecimento da saúde, à prevenção de riscos e agravos e, ainda, ao adiamento (quando muito) da morte (GADAMER, 2006). No entanto, é importante frisar também que, ainda que tenha como horizonte o controle, cada vez mais apurado, dos processos fisiológicos, há, no processo de adoecimento, um sem número de fatores que escapam à técnica.

Tudo aquilo que chamamos de diagnose é, na verdade, de um ponto de vista formal, a subsunção de um caso dado dentro do aspecto geral de uma doença, mas a verdadeira arte encontra-se precisamente no 'conhecer separando', que é o sentido real da diagnose. Seguramente são necessários também saberes médicos geral e especial. Mas esses não bastam. Erro de diagnose e falsa subsunção não são atribuídos abertamente à ciência, mas à 'arte' e, em última instância, ao juízo médico. (GADAMER, 2006, p. 28)

Tendo como objetivo primordial de seu trabalho a manutenção da vida, os profissionais de saúde demonstraram encarnar a técnica da maneira mais radical, fazendo de seu ofício a

tarefa impossível de evitar o inevitável. Assim, buscavam encontrar, no rigor metodológico, protocolar, a promessa da ciência moderna de domínio sobre o corpo.

Os plantonistas vieram dizendo precisar de ajuda para lidar com uma situação muito difícil. Contaram que um paciente, declarando-se homem e com nome masculino, dera entrada há alguns dias no hospital com uma condição clínica de difícil diagnóstico e que o impedia de falar. Sem acompanhantes, se comunicava com a equipe e tentava transmitir as informações por gestos ou escrita. Hoje, a enfermeira que cuidava do seu caso estava muito abalada, incrédula, pois dias depois de estar cuidando do paciente, ao ajudá-lo a trocar de roupa, se deparou com o fato de que ele tinha uma vulva! De acordo com os plantonistas, ela apresentava um ar de ofendida, ressentida de alguma forma pelo paciente ter ‘escondido’ isso da equipe por tanto tempo.

Uma leitura apressada da situação poderia ter levado os plantonistas a uma medida educacional com a enfermeira. Mas, habilidosos, se puseram a escutá-la. Perguntaram o ‘que exatamente pegou em descobrir que ele é um homem trans?’. Ela então começou a explicar o quanto é importante que os pacientes contem tudo para equipe, que o tratamento depende das informações que o paciente dá sobre si e sua condição e que a equipe sempre faz um trabalho muito rigoroso de anamnese, para evitar uma conduta equivocada pela falta de informação etc e etc... e que não sabe como essa informação lhe escapou. Revelando, assim, a sensação de falha que a incomoda tanto.

Para além de qualquer questionamento da hegemonia biomédica que um corpo masculino com vulva impõe, os pontos cegos são aqueles que mais desafiam a equipe. Um trabalho que dependa de saber tudo sobre o paciente é um trabalho fadado ao fracasso... (DIÁRIO DE BORDO)

Sendo assim, é comum que o profissional de saúde, respaldado pelo saber biomédico, sinta que os limites do seu fazer estão na própria capacidade, não no impossível da tarefa que se coloca, como pudemos observar na situação relatada.

É claro que essa maneira de compreender o ser humano — como corpo biológico que segue as leis naturais — promove maior possibilidade de êxito daquilo que se pretende realizar no hospital. Entretanto, justamente para poder garantir o êxito técnico, acaba por excluir uma série de outras possibilidades de compreensão do humano. Essa tentativa de excluir a singularidade não se realiza por completo e, por isso, a Psicologia torna-se necessária no hospital. A presença do psicólogo se faz importante nesse lugar em que a manifestação de afetos emerge em meio a todo o aparato técnico, burocrático e protocolar. Sua presença indica que há de haver um lugar para essas emergências afetivas.

Ainda que o trabalho do psicólogo na instituição hospitalar esteja voltado para os pacientes, sua atuação depende da possibilidade de recolher aquilo que emerge das relações que se estabelecem entre as pessoas no hospital, assim como daquilo que emerge diante de sua presença. É importante que ele tenha dimensão do lugar que ocupa na instituição, que reflita

sobre como trabalhar no local e com a equipe, e, para isso, será fundamental que ele possa dar ouvidos ao que emerge para além das situações no atendimento — abordaremos isso em mais profundidade adiante. Por ora, cabe dizer que é imprescindível a um trabalho de escuta que o psicólogo possa abdicar do discurso de que é possível, para esses profissionais, manter uma separação total entre seus afetos e suas ações. Ou, ainda, de que é possível, para eles, não se afetar com os acontecimentos e encontros que fazem parte de seu cotidiano.

Em outra situação, deparamo-nos com o peso das formações cada vez mais focadas em desenvolvimento e manipulação de tecnologias duras para as ações em saúde:

A dupla de plantonistas chegou relatando que tiveram uma extensa conversa com a médica responsável por um setor importante do hospital. Na conversa, a principal aflição da médica dizia respeito aos residentes e estagiários: ela dizia do quanto, atualmente, dedicava grande parte do seu tempo de trabalho a orientar, dar suporte e incentivo aos seus residentes. Dizia de como seria importante que nós (do Plantão) nos dedicássemos a eles e que se preocupava muito com a saúde mental de todos os profissionais dali. Ela dizia ainda da preocupação com uma formação cada vez mais distanciada, na qual os estudantes já ‘chegavam perguntando dados matemáticos, como níveis de pressão arterial, batimentos, oxigenação, etc., antes mesmo de ver o paciente’. Sua função com os residentes se desvelava - disseram os plantonistas - entre a educação e o cuidado. (DIÁRIO DE BORDO)

A forte incidência da técnica nas formações em saúde, somada ao ideal de objetividade fomentado pelas tecnologias que tornam as máquinas cada vez mais precisas, promove um crescente distanciamento desses profissionais das dimensões, por assim dizer, mais subjetivas do adoecimento. Quanto mais técnico se torna seu trabalho, menos capacitado o profissional se sente para lidar com aquilo que escapa à técnica e, por conseguinte, mais apegado à técnica vai se tornando, objetivando evitar o encontro com os afetos. Assim, aproxima-se ainda mais de uma prática robótica, na qual se torna um exímio aplicador do conhecimento teórico.

É interessante pontuar que trabalhos importantes já foram desenvolvidos acerca dos efeitos de uma abordagem extremamente técnica e positivista em saúde. No entanto, a maioria deles se volta para uma proposta relacionada aos efeitos dessa abordagem na população atendida, não nos profissionais. Mas um giro epistemológico no fundamento da prática não teria efeitos também na relação do próprio profissional com o seu trabalho?

Em um de seus ensaios, Ayres (2004) utiliza uma situação vivida por ele em uma unidade de atendimento de atenção básica para ilustrar alguns aspectos que poderiam compor a relação de Cuidado entre médico e paciente em um encontro terapêutico. O autor busca, nesse

ensaio, abordar o debate da chamada “humanização da atenção em saúde” a partir da noção de Cuidado da ontologia heideggeriana. O autor destaca:

[...] defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá se denominar *Cuidado* essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga a respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo *Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde*. (AYRES, 2004, p. 22, grifo do autor)

Ayres (2004) afirma que, em um momento de seu turno, já bastante cansativo, reencontrou-se com D. Violeta (nome fictício), que já frequentava aquela Unidade Básica de Saúde há algum tempo sem grandes respostas ao tratamento para hipertensão. O mau humor da paciente e a impaciência do médico, com o mesmo roteiro de sempre, permitiram que, naquela ocasião, fosse inaugurado um novo encontro entre ambos. O autor optou por fechar o prontuário e perguntar a D. Violeta como ela estava, em um sentido mais amplo do que aquele que geralmente perguntava, possibilitando que a paciente falasse de sua história. Este foi um resgate de sentido que pôde acontecer e estabelecer uma nova relação terapêutica naquele momento. Então, segundo o autor, a relação de Cuidado, mecânica e protocolar, ainda que gentil e atenciosa, abriu espaço para que essa relação se desse. Cuidado, com letra maiúscula, por referir-se mais especificamente ao que Heidegger nomeia como Cuidado, não como ato de ocupar-se do outro com zelo, mas como condição própria do ser humano, que, sabendo-se humano, projeta-se no mundo, cuidando de ser a cada instante.

Heidegger, um dos filósofos que mais radicalmente propôs uma ontologia, uma compreensão da existência, baseada estritamente nos limites estabelecidos pela capacidade auto-reflexiva humana, designa como Cuidado, o próprio ser do ser do humano (ser-aí, *da-sein*). Em sua busca por um fundamento não-fundamentalista para a compreensão deste ser, ele aponta a situação simultaneamente temporalizada e atemporal, determinada e aberta, coletiva e singular do ser humano. (AYRES, 2004, p. 21)

Cuidado, então, refere-se a essa espécie de “curadoria” que o ser humano está sempre exercendo sobre sua própria existência e seu mundo. Isso acontece não de modo controlável e intencional, mas como uma contínua compreensão e a possibilidade de realização de um projeto que se lança diante das contingências, podendo interagir com elas e reconstruí-las (AYRES, 2004).

Heidegger aponta muito positivamente para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado. Também no plano operativo das práticas de saúde é possível designar por Cuidado uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial, tal como aconteceu no caso em discussão. (AYRES, 2004, p. 22)

Assume-se, com isso, que a tarefa de qualquer ação em saúde guarda consigo a possibilidade de realizar-se como Cuidado, pois já são sempre ações “cuidadoras”¹¹. Merhy (2004) faz uma reflexão acerca do caráter cuidador das ações em saúde, relacionando-o às tecnologias leves, por se dar no âmbito das relações entre usuários e profissionais de saúde:

Na produção de um ato em saúde, coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistência social, entre outros, recorta esse problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários. (MERHY, 2004, p. 117)

O problema da colonização da racionalidade tecnocientífica sobre os outros saberes impacta principalmente a dimensão clínica das ciências da saúde, inclusive da própria Medicina, visto que fomenta o desenvolvimento das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves (MERHY, 2004). Nas instituições de atenções terciária e quartenária, isso se torna ainda mais radical, porquanto sendo instituições radicalmente direcionadas à cura, a

¹¹ As relações entre o Cuidado de Heidegger e o cuidado como ato de cuidar (no senso comum) serão abordadas com maior profundidade adiante.

demanda pela excelência técnica e pela capacidade de controle, previsão e reprodução de técnicas são ainda mais exigidas.

Essa imposição acaba incidindo sobre uma tentativa de separação das situações práticas e do saber técnico, almejando-se a replicabilidade dos procedimentos nas mais diversas situações concretas que se apresentem com certas características em comum, o que promove uma ilusão de que seria possível abrir mão da dimensão decisória do trabalho em saúde. É principalmente o caráter prático mais propriamente dito que se perde nesse apelo demasiado à técnica; é o campo das decisões que se perde de vista quando o saber especializado se impõe a qualquer outro saber.

A concepção de decisão, em Heidegger, estaria relacionada à possibilidade de deixar-se tomar por uma posição determinada pela situação posta, assumindo-se a responsabilidade por ela e reestruturando-a à medida que, junto ao outro, a tomada de decisão atualiza o projeto existencial (AYRES, 2004). Em outras palavras, “decisão” é posicionar-se diante da situação aberta sem perder a afinação com o projeto existencial que a sustenta.

Com base no atual estado técnico da civilização, a ciência faculta para si o poder de fundamentar também a vida social em bases racionais e de romper o tabu da inquestionável autoridade da tradição. Isso acontece expressamente pelo lado da crítica ideológica, quando acontece de ela procurar transformar a consciência social através da reflexão emancipatória, porque ela vê forças repressivas agindo nas relações de dominação econômica e social. Como essa crítica atinge qualquer pessoa, torna-se ainda mais efetiva a forma silenciosa na qual as esferas cada vez mais amplas da vida humana são submetidas ao domínio técnico e a decisão pessoal de cada um e do grupo é substituída por automatismos racionais. (GADAMER, 2006, p. 17)

É interessante pensar que entregar o campo das decisões práticas ao saber estabelecido pela ciência, conferindo-lhe um caráter definitivo, é fazer um uso que pouco condiz com o que o próprio saber científico propõe. Isso porque a ciência tem limites, os reconhece e avança justamente porque pode, a partir do seu constante autoquestionamento, renovar-se.

Cabem à ciência, evidentemente, tarefas de crescente importância, e ela tem que representar esse papel diante da consciência pública, já que os efeitos de nossa civilização técnica começam a atingir a consciência geral. Por um lado, isso conduz a uma cegueira emocional, com a qual a esfera pública reage a esses fenômenos, no sentido de crítica cultural. Trata-se de evitar, a tempo, a iconoclastia ameaçadora que disso resulta. Por outro lado, há a crença supersticiosa na ciência, que fortalece a irresponsabilidade tecnocrata, com a qual o poder técnico se dissemina desenfreadamente. Em ambas as direções, a ciência tem de realizar algo como uma desmitologização dela mesma, e deve

fazê-lo, precisamente, com os meios mais apropriados da informação crítica e da disciplina metódica. (GADAMER, 2006, p. 15)

Desmitologizar-se não significa perder validade. Dizer que, então, devemos desacreditá-la e passar a agir absolutamente por conta própria, ainda mais quando estamos falando de um trabalho que se respalda nela, no caso do trabalho em saúde, seria de uma irresponsabilidade e falta de sensatez absurda. Contudo, acreditar cegamente na ciência ou desacreditá-la são duas faces de uma mesma moeda: é o movimento de tentar excluir a dúvida, o espaço em aberto em que novas compreensões das vivências mundanas podem surgir.

É nesse ponto que se deve urgentemente reconsiderar o papel da política diante da ciência e vice-versa. O neoliberalismo prega que o progresso, em todos os níveis (individuais, econômicos e científicos), deve dar-se para além do Estado; ao mesmo tempo, deseja que os recursos administrados no âmbito do Estado estejam a serviço do progresso, no caso, da ciência¹². Assim, o pensamento neoliberal coloca em risco, conforme vemos na prática, a relação dos humanos tanto com a ciência quanto com a política, invertendo-se a proposta aqui oferecida por Gadamer (2006):

Em outras palavras: controlar a aplicação daquele nosso ser-capaz-de-fazer, que é possibilitado cientificamente, não é tarefa da ciência, mas permanece como uma tarefa política. Ao contrário, também, não é tarefa da política, mas da ciência, controlar suas próprias necessidades, investimentos de tempo e dinheiro, etc. Em última análise, essa é a função da crítica científica. (GADAMER, 2006, p. 34)

Portanto, se do ponto de vista existencial é possível compreender o que está em jogo tanto para quem nega a ciência quanto para quem acredita cegamente em seu ideal, do ponto de vista prático é necessário levantar questionamentos e buscar saídas para esses extremos que se apresentam com mais frequência na modernidade.

O esclarecimento do contexto metodológico interdisciplinar, no qual o pesquisador isolado se move, será apenas excepcionalmente produtivo para ele. Com isso, não se quer negar que uma das inevitáveis consequências da organização moderna de pesquisa seja que o horizonte do especialista se prenda à situação metódica e intelectual de sua especialidade. Trata-se de fazer valer as expectativas e especulações do leigo – e leigo também é o pesquisador

¹² A derrocada da confiança na eficiência da ciência que observamos hoje se funde fortemente à derrocada da confiança na política, aqui entendida como possibilidade de debate a partir de um compartilhamento de mundo entre humanos. O que escutamos é que não se pode confiar na ciência, mas não por uma crítica aos seus processos e/ou resultados, mas porque não se pode confiar nas informações partilhadas na *pólis*. Há de se fechar entre iguais, em pequenos grupos, para encontrar uma segurança e a “verdade” diante do desamparo provocado pela queda da confiança na vida política.

nas suas disciplinas vizinhas – frente à cuidadosa e provisória pesquisa em sua verdadeira essência. Estar consciente do aspecto processual, quer dizer, do aspecto provisório e da respectiva limitação daquilo que a ciência sabe, é um corretivo especial. Através disso, a ciência pode combater a superstição de que ela poderia eximir o indivíduo da responsabilidade pela sua própria decisão prática. (GADAMER, 2006, p. 31)

O ideal de que a ciência poderia eximir a responsabilidade do sujeito em relação às decisões práticas se torna especificamente conveniente no ambiente hospitalar, onde as decisões têm impactos tão cabais na vida dos seres humanos.

Os espantosos meios técnicos da medicina moderna sempre voltam a seduzir, sobretudo os pacientes, a ver o médico, ao qual recorreram, apenas um lado de sua atividade e admirá-lo pela sua competência científica. A própria situação crítica do paciente o coage a considerar os meios mágicos da moderna técnica médica como tudo o que resta e, com isso, a esquecer que a sua aplicação é uma ação que requer muitas exigências e responsabilidades e possui as mais amplas dimensões humanas e sociais. (GADAMER, 2006, p. 166)

A própria instituição hospitalar tende a promover o que comenta Gadamer (2006), dado que, diante dos desafios que se apresentam, estabelece protocolos de segurança mais rígidos, visando a criar meios para manter o resultado final do trabalho sem precisar mexer nas estruturas que sustentam os problemas.

Nas organizações, seus objetivos, valores e processo de socialização sobrepõem-se aos indivíduos. Reduzindo espaço a modos de ser, visa até-los firmemente às malhas por elas tecidas. A ‘cultura da organização’ assume cunho da dimensão do sagrado: substitui a religião na tarefa de garantir tanto um sistema de significações quanto a segurança e tranquilidade, ao transformar em ponderável a imponderabilidade do destino, ao negar a existência do caos. Isto leva o ser humano a sacrificar-se pelas metas por elas perseguidas, adentrando irrefletidamente, na maioria das vezes, em um sistema totalitário. (MORATO, 2018, p. 169)

Durante o curso desta pesquisa, nosso grupo de plantão foi convocado a diversas reuniões com pessoas da gestão, tanto as do HU quanto as de outros hospitais, para pensar e elaborar intervenções para os desafios que ameaçavam, na perspectiva de quem nos solicitava, as tarefas últimas da instituição. O adoecimento em massa de profissionais, a escassez de recursos e os riscos em relação à segurança do paciente foram alguns dos problemas mencionados. Porém, é curioso notar que esses pedidos sempre vinham carregados de solicitações em torno da elaboração de protocolos mais seguros, de monitoramento da saúde

mental e do fluxo de encaminhamento de profissionais, enquanto eram mais raras as solicitações que visassem à escuta dos profissionais, à identificação dos aspectos que poderiam estar colaborando para o agravamento desses problemas e à abertura para reestruturá-los.

Nessa realidade, as condições adversas relacionadas com a organização do trabalho na enfermagem trazem muitos erros no processo de trabalho. Uma medida adotada pelo governo com objetivo de melhorar o atendimento dos serviços de saúde é a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que trata da redução dos eventos adversos (Brasil, 2018). Contudo, esse programa não faz nenhuma conexão com a Segurança do Trabalhador e, frente a esta questão, a qualidade de vida no trabalho é colocada em segundo plano, pois não é alvo de interesse para a maioria dos gestores, os quais não percebem que para que haja um paciente seguro é preciso existir também um trabalhador seguro. (REMIJO, 2018, p. 22)

Como vimos, a evolução da ciência e o modo como ela transforma e é transformada pela humanidade têm uma relação íntima com os sistemas econômicos vigentes nas diferentes épocas e sociedades. Diante disso, o papel do neoliberalismo nas instituições de saúde tem impacto fundamental nas possibilidades que se abrem ou se fecham para o trabalho dos profissionais de instituição hospitalar. Não à toa, muitos profissionais experimentam grande dificuldade em conciliar uma atitude de cuidado com as demandas por eficiência em seu ofício.

Em uma discussão com um grupo de estudantes da área da saúde, falávamos sobre a importância de poder escutar as queixas dos pacientes para além dos sintomas que se apresentavam. Trocávamos experiências de casos que acompanhamos e dizíamos do quanto se revelava, grande parte das vezes, na fala dos pacientes sentidos que se amarravam às suas condições, por assim dizer, orgânicas. Todos pareciam em pleno acordo com esse modo de trabalhar e compreender o cuidado e a clínica, quando, muito pesaroso um aluno se manifestou, destoando do tom do grupo ‘o duro é que raramente temos tempo para nos demorar numa escuta. Como vou fazer isso se em menos de 10 minutos tenho outro paciente para atender?’. De fato, o encontro demanda tempo para acontecer, a possibilidade de estar com o outro só pode se dar em serenidade. Afobado, com mil pacientes na sala de espera, é muito difícil deixar-se levar pela escuta de assuntos outros, que não os sintomas. (DIÁRIO DE BORDO)

O Cuidado como possibilidade de abertura para o mundo e para o outro tem um tempo de acontecer que está cada vez mais suprimido pelo ritmo em que vivemos na sociedade atual. Isso certamente impacta no cuidado em saúde, área em que o profissional é demandado a operar dentro de especialidades, com pouco tempo para resolver os problemas que se apresentam; “assim, é esperado que o profissional de saúde atue primordialmente enquanto um especialista, afastando-se da condição fundamental da cidadania: ouvir e ser ouvido *em praça pública*.”

Contudo, esse modelo técnico-científico mostra sinais de esgotamento” (MORATO, 2018, p. 170).

Frequentemente, questões relacionadas ao ritmo frenético de trabalho, à falta de tempo para se demorar com o paciente e à demanda por alta produtividade eram abordadas pelos estudantes, residentes ou estagiários. Eles diziam ter dificuldade em desviar do aspecto produtivista do trabalho para criar, a partir de seu ofício, um projeto de carreira, de forma que pudessem ter prazer com os aprendizados cotidianos e vislumbrar avanços futuros dentro do campo. Assim, revelavam se deparar com um projeto de futuro muito restrito, o que acabava por massacrar seu entusiasmo diante da carreira que escolheram para si.

Em uma conversa, uma residente de Fisioterapia nos trouxe isso com clareza. Ela passava pelas alas do hospital de acordo com o cronograma de seu curso de residência, repetindo roboticamente os procedimentos que a preceptora indicava, sempre em busca de um sentido que não encontrava. Tentava resgatar o que a fizera escolher essa profissão, frustrando-se com as possibilidades que (não) eram encontradas no hospital. Então, culpava-se muito pelo seu desânimo.

A carga horária excessiva e a falta de recursos materiais e de pessoal, que sempre foram queixas presentes tanto para os profissionais não especializados quanto para os especializados, não cederam espaço nas falas deles. Na verdade, parecia que, com o esvaziamento do hospital, em consequência dos programas de demissão voluntária que atingiram toda a comunidade USP, tornaram-se ainda mais recorrentes. Entretanto, se antes eram queixas acompanhadas de certa agitação e certa sensação de preenchimento, por se verem tão atarefados e se sacrificando pelo funcionamento de uma instituição que tem como função “salvar (muitas) vidas”, hoje tais queixas acompanham certa melancolia diante de tantos leitos vazios e de um silêncio quase ensurdecedor para quem já passou tanto tempo em um hospital borbulhante.

Diante da grande demanda e do estresse que esses profissionais vivem, da falta de pessoal e de recursos e da ausência de tempo para realizar suas ações diárias, subtrair uma carga de trabalho, designando-a à máquina ou aos números, às taxas e aos protocolos, tende a ser um caminho muito atrativo à primeira vista e muitos o aceitam sem grandes reflexões. No entanto, pudemos observar dois problemas decorrentes dessa tendência: o primeiro diz respeito a uma crescente perda de autonomia do profissional, cujo trabalho vai ficando mais automático e desprovido de sentido, de possibilidades de construção conjunta e de avanço afetivo-intelectual; o segundo, muito bem ilustrado durante o grande desafio que se impôs com pandemia da

COVID-19, refere-se ao caráter temporal do uso das tecnologias duras diante dos fenômenos mundanos.

Isso porque, invariavelmente, os fenômenos naturais se antecipam às construções que a racionalidade tecnocientífica pode lhes dirigir, deixando, nesse intervalo de tempo, os profissionais desamparados e desorientados. Foi nessas situações, extremamente críticas e inéditas, que a sabedoria prática fez mais falta, visto que outrora foi deixada de lado em detrimento do saber técnico, que garantiria maior precisão e controle das ações em saúde.

A situação pandêmica, na verdade, merece um tópico inteiro neste trabalho, então voltaremos a este tema mais adiante. O primeiro problema apontado, no entanto, parece, neste momento, elucidar melhor um caminho para responder à pergunta que fizemos sobre os efeitos, para o profissional de saúde, da colonização da racionalidade tecnocientífica sobre outros saberes.

Outra resposta à alta demanda e ao ritmo acelerado de trabalho, frequentemente encontrada nas falas dos profissionais, tem relação com uma espécie de desconexão consigo, com as próprias necessidades, limites e possibilidades.

M., enfermeira, estava afastada por uma lesão que sofrera realizando um procedimento no hospital quando foi declarada a pandemia por COVID-19. No momento em que se realizou este atendimento, ela havia retornado ao hospital há cerca de uma semana. M. passara algumas semanas angustiada com seu retorno, esperando encontrar um hospital caótico, um cenário de tragédia como os que acompanhava pela televisão. Mencionava também muito medo do contágio, pois dizia que provavelmente atuaria nas alas de COVID-19. Agora, estava aliviada, pois encontrou um ambiente muito diferente do que imaginava: os fluxos estavam organizados, havia EPIs para todos, os colegas foram acolhedores. Em determinado momento do atendimento, falando sobre seu retorno, contou algo curioso, que ocorreu no seu primeiro dia de trabalho: M. se disponibilizou para atender a ala de pacientes com suspeita de COVID-19, e quando estava prestes a entrar no local, uma amiga lembrou que ela sofria de asma crônica, e, portanto, era considerada grupo de risco e não deveria atender os pacientes com COVID-19. Diante disso, ela também se deu conta de que poderia ter evitado a lesão em seu pulso que causou o afastamento anterior: ela já possuía uma deficiência anteriormente, e tinha direito de recusar-se a fazer o procedimento, solicitando-o a outro colega, porém insistiu em fazê-lo. Agora se diz muito mais tranquila. Com a ajuda da amiga, pôde suspender um pouco das preocupações com o entorno e lembrar-se de si. Surpreendida com a própria história, deparou-se com o fato de que o maior risco vinha sendo negligenciar a si mesma... (DIÁRIO DE BORDO)

Neste diário, o que se revela é um movimento bastante comum, principalmente nos profissionais da Enfermagem: uma entrega tamanha às tarefas, que os profissionais acabam se

esquecendo de si mesmos. Na situação relatada, a enfermeira pôde recuperar em conjunto, mediante a presença de um outro (mais diante de uma colega do que do próprio psicólogo), seus limites e possibilidades: uma apropriação de si, de sua história, de seu corpo.

Retornando ao texto de Ayres (2004), um caminho se abre se considerarmos que o apelo do autor à humanização em saúde aponta para uma tentativa de fazer barreira ao avanço da lógica que prioriza o êxito técnico em detrimento do cuidado. Para além do aspecto moral, que, por vezes, localiza no profissional de saúde o potencial de transformação das ações sanitárias, levando-o a se aproximar de um ideal angelical, piedoso e pronto a sacrificar-se em prol do outro, a humanização, como horizonte das ações em saúde, indica a possibilidade de um giro hermenêutico das bases epistemológicas que sustentam as ações em saúde.

Em outro texto, Ayres (2007) destaca a diferença entre o êxito técnico — que se assenta na ideia de alcançar, a partir de protocolos pré-estabelecidos, um objetivo final pré-concebido — e o sucesso prático — que se refere a ações voltadas à abertura de possibilidades de um melhor destino aos envolvidos e/ou à situação que se apresenta, em afinação com o que é projetado para cada sujeito que solicita cuidado em saúde.

Valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Sob esta perspectiva, a instrumentalidade não é suprimida, nem tampouco suprime a presença subjetiva de qualquer um dos dois lados da relação. (AYRES, 2007, p. 52-53)

Assim sendo, o sucesso prático reconhece a possibilidade da saúde diante de mudanças a partir do encontro, ainda que essas mudanças não estejam dentro de um campo de previsibilidade. Afirmar isto é importante também para pontuar que as ações que objetivam um sucesso prático, para além dos êxitos técnicos do tratamento, não se tratam de ações aleatórias, tampouco de uma espera passiva por algo. Tratam-se das possibilidades de orientar-se por uma metodologia que não busca padronizar as ações para alcançar determinado fim, mas que busca afinar as ações com o que aparece como possibilidade, não visando a um fim, mas a uma saída.

Em síntese, o enfoque hermenêutico da saúde aqui defendido propõe para a reconstrução humanizadora das práticas de saúde é que *profissionais*,

serviços, programas e políticas de saúde estejam mais sensíveis e responsivos ao sucesso prático de suas ações, isto é, que orientem a busca do êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações. (AYRES, 2007, p. 57, grifo do autor)

No entanto, para poder se nortear pelos projetos de felicidade¹³ daqueles que buscam o serviço de saúde, é necessário que o profissional possa se descolar do discurso corrente e fazer do uso das tecnologias uma escolha, não um imperativo no qual o profissional se torna um mero aplicador desse saber, e seu corpo, um mero mediador entre a tecnologia e o paciente.

Destaca-se ainda que, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos. (AYRES, 2007, p. 53)

Não se trata, então, de nenhuma espécie de convite à degradação dos avanços tecnológicos, mas à possibilidade de compreender sua potência justamente na coexistência com outros saberes, bem como com a *práxis*, propiciando a penetração da dimensão do cuidado na dimensão técnica.

É claro que, já na mais simples relação entre saber e fazer, há um problema de integração. Pelo menos desde que há a divisão do trabalho, o saber humano se desenvolve de tal maneira que assume o caráter da especialização, a qual tem de ser aprendida expressamente. Com isso, a *práxis* se torna um problema: um saber, que pode ser transmitido independentemente da situação da ação e, assim, passível de ser segregado do contexto prático da ação, deve ser aplicado em cada nova situação da ação humana. Então, o saber prático geral humano, o qual intervém de forma determinante nas decisões práticas dos seres humanos, não é separável dos conhecimentos intermediados pelo saber especializado. (GADAMER, 2006, p. 25)

Dito de outro modo, a proposta não é a de que os profissionais abandonem sua capacidade técnica de aplicação de procedimentos ou protocolos, mas que, compreendendo as ações de saúde por uma outra perspectiva, possam continuar sustentando a dimensão clínica de seu trabalho. É interessante pensar que essa proposta guarda o potencial de promover humanização em saúde em ao menos duas direções: aquela apontada por Ayres (2004), de cuidado aos pacientes, usuários e populações aos quais as ações em saúde se dirigem; e a direcionada aos próprios profissionais, sujeitos dessas ações e que, a partir de uma compreensão

¹³ Projetos de felicidade são compreendidos pelo autor não como projetos que visam a um estado pleno de bem-estar, mas ao próprio movimento de, incessantemente, buscar sentidos para seguir a vida (AYRES, 2007).

hermenêutica de saúde, poderiam não se deixar absorver por completo pelo ideal tecnológico de plena eficiência sem perder a excelência e o gosto pelo seu trabalho.

Nesse sentido, a ideia de um giro hermenêutico do que se compreende por saúde e, portanto, do que se almeja com as ações desse campo parece se aproximar muito do que compreendemos aqui como pressupostos que orientam a escuta psicológica.

Assim, saúde, do latim *salus*, significa condição (orgânica ou organizacional) benéfica, de bem-estar, de segurança. Refere-se à cura (do latim *curare*), como promoção de integridade e/ou cuidado. Refere-se a dirigir-se com expressões de gentil cortesia ou honra; aparecer, ir adiante, ou abrir-se para recepcionar; impressionar-se; dar um sinal de respeito, cortesia ou boa sorte; honrar; mostrar respeito ou reconhecimento assumindo posição cuidada com reverência; expressar alta consideração, apreciar; fala ou gesto expressando benvinda, reconhecimento ou cortesia; saudação formal de par prestes a comprometer-se. Talvez desse termo tenha derivado saudação (*salutare*), como forma de demonstrar respeito e reconhecimento àquele do qual nos aproximamos. Aproxima-se de clínica e de cuidado, tarefas cotidianas e pertinentes ao universo do fazer psicológico no âmbito da saúde. (MORATO, 2018, p. 180)

Para além de uma finalidade específica, o plantão psicológico, como modalidade de prática psicológica que busca levar escuta imediata aos sujeitos, orienta-se na direção de buscar uma saída para a situação aberta sem perder a afinação com o projeto de cada sujeito, possibilitando que ele também possa, a partir do encontro no plantão, continuar sustentando esse projeto que é sempre e a cada vez seu. Em outras palavras, o plantão é norteado sempre pela incessante tentativa de possibilitar que os sujeitos nele envolvidos — plantonistas (psicólogos ou estagiários de Psicologia), pacientes, profissionais, acompanhantes etc. — possam se experienciar como o Cuidado que são. Diante disso, seguimos com a pergunta: quais possibilidades se abrem, então, diante dos problemas levantados até o momento, para a condução de um trabalho em saúde descolonizado, mais autônomo e implicado na prática, afinando-se a um projeto de Cuidado?

4.2 CUIDADO, EM HEIDEGGER, PARA PENSAR CUIDADO EM SAÚDE

Neste momento, nos dedicaremos a aprofundar um pouco a ideia de cuidado que é trabalhada neste texto. Anteriormente, vimos que podemos estabelecer uma diferença compreensiva entre a ideia de cuidado como dedicação e zelo a algo ou alguém (no senso comum) e a de Cuidado, desenvolvida por Heidegger (2015) como um modo do ser do humano. Ao mesmo tempo, podemos estabelecer uma relação muito próxima entre a compreensão de

Cuidado como determinação ontológica e a de cuidado como ato de cuidar, ôntico. Contudo, se Cuidado, enquanto *Sorge*, é condição ontológica e se manifesta em todos os modos do humano de relacionar-se com o mundo e com os entes intramundanos, como podemos, aqui, falar de formas de cuidado e tentar avançar sobre as diferenças práticas que eles imprimem nas ações em saúde, tanto quanto na ação do psicólogo, através da escuta?

O ser-aí é um ente marcado por um primado ôntico-ontológico, exatamente porque o seu ser é para ele uma questão ôntica. Ora, mas o que isso significa mais propriamente? Antes de tudo o seguinte: quando o ser-aí se relaciona com os outros seres-aí, ele é, porquanto a lida utensiliar o determina em seu ser; quando o ser-aí se relaciona com outros seres-aí, ele é, porquanto os relacionamentos com os outros seres-aí também o determinam em seu ser; por fim, quando se comporta em relação a si mesmo, o ser-aí também é, uma vez que também nesse caso os comportamentos em relação a si o constituem em seu ser. Cuidado, enquanto determinação ontológica do ser-aí humano, não implica, portanto, alguma coisa como a percepção de que todo homem de um modo ou de outro tem uma preocupação consigo, que apenas patologicamente se mostraria como divergente em situações de virada autodestrutiva da chave do cuidado. Ao contrário, ele se apresenta muito mais em todos os nossos modos de relação com o que quer que seja. E é exatamente por isto que Heidegger vai falar de intencionalidade do cuidado e mesmo pensar os três modos de relação a partir de modulações da presença do cuidado. (CASANOVA, 2017, p. 52)

O humano é o ente cujo ser está em jogo no seu próprio existir. Desse modo, cuida de ser. No entanto, esta liberdade para ser, é experienciada como um lançar-se ao nada. A ocupação pelo conhecimento técnico tende a promover um esquecimento bastante conveniente desse caráter transitório da existência humana. Então, vamos lidando com o sofrimento de maneira também técnica, na medida em que buscamos, a todo tempo, livrar-nos dele e transformá-lo por meio de ações disponíveis no mundo.

Nessa direção, a partir do que Heidegger (2015) desenvolve acerca do Cuidado como caráter ontológico de ser-no-mundo-com, sendo este um caráter que se manifesta através de todos os modos de cuidado ôntico, podemos retomar uma discussão importante acerca do autocuidado, tão presente nos discursos sobre saúde do trabalhador.

Heidegger (2015) empreende uma crítica à ideia foucaultiana de cuidado de si, expondo que este não poderia ser caracterizado por uma atitude especial consigo mesmo, uma vez que, cuidando de qualquer ente intramundano, de qualquer maneira, realizamos o cuidado de nosso próprio ser.

Ou seja, o ser-aí, como o ente que sempre tem o seu sentido em jogo na existência, já se define ontologicamente como cuidado de si em todos os

comportamentos de cuidado pelas coisas, pelo outro ou por si mesmo. O que a noção de ‘cuidado de si’ quer significar na hermenêutica foucaultiana seria mais bem expressado na terminologia da analítica existencial como ‘cuidado próprio’, no sentido daqueles comportamentos em que há algum nível de apropriação da existência como cuidado ontológico de si, em todos os comportamentos de cuidado ôntico, seja com as coisas, os outros ou si mesma. (SÁ, 2017, p. 103-104)

Assim, o chamado “autocuidado”, ou cuidado de si, na proposta heideggeriana, nada teria a ver com atitudes de atenção a si mesmo e muito menos com um cuidado ao corpo, como alimentar-se bem, praticar esportes, ter tempo de lazer, de realizar leituras etc. Na verdade, o que podemos depreender é que, quando realizadas apenas por recomendações presentes no discurso corrente, essas tarefas entram como novas técnicas de lida com a nada do ser do humano, alienando-nos novamente de nossa condição de ser Cuidado e mantendo-nos ainda desapropriados de nós mesmos.

Não basta aqui, de acordo com a fenomenologia hermenêutica de Heidegger, uma suspensão fenomenológica da atitude natural como simples esforço ‘intelectual’. Não é apenas entendendo de modo representacional, mas é sendo que o ser-aí é abertura de compreensão afetivamente disposta do seu próprio ser. É necessário, portanto, sintonizar uma disposição afetiva que suspenda a ocupação com os entes intramundanos e permita sermos tocados pelo mundo como totalidade. Em *Ser e Tempo*, a disposição fundamental que fornece a base existencial para a compreensão fenomenológica-hermenêutica da analítica do ser-aí é a ‘angústia’ (Angst) (Heidegger, 1989, p. 245). Ela é a abertura privilegiada em que o ser-aí pode se mostrar em seu ser mais próprio como cuidado. (SÁ, 2017, p. 101)

A angústia, como essa disposição diante do nada, leva o ser-aí a, por um lado, experimentar-se como a abertura radical que é e, por outro, a reiteradamente promover o esquecimento de sua condição de poder-ser.

Por sua dimensão não representacional, a angústia nos invade com um sentimento de estranheza ao nos depararmos com a solicitação de que nos ocupemos de algo do qual tememos, levando-nos a habitar de modo impessoal para nos protegermos da liberdade e responsabilidade constitutivas do nosso poder-ser mais singular. Desse modo, pode levar o homem a uma fuga decadente no mundo, na busca da condição de segurança e bem-estar, ilusão apresentada pelas promessas de felicidade e realização plena presentes no modo de pensar contemporâneo regida pela razão instrumental, que dominam a perspectiva técnica decorrente do pensar metafísico. (BARRETO, 2017, p. 42)

Ao escrever sobre as ressonâncias da ontologia heideggeriana do cuidado na ação clínica, Barreto (2017) inicia seu texto apontando para o Cuidado, em Heidegger (2015), como estrutura fundamental do *dasein* (ser-aí), como abertura originária ao ser, em sua condição de estar lançado em uma facticidade temporal.

Portanto, tal compreensão ontológica de Cuidado remete a dimensão do ser – fundamento originário que encaminha a pergunta pelo sentido do ser enquanto ser – não dizendo respeito às características particulares dos entes em geral. No entanto, cabe ao ser do humano, ascender à pergunta sobre o próprio ser, mesmo que tal aproximação reflexiva seja distante e estranha. Para que possamos nos aproximar desse modo de conhecer temos que perguntar pelo modo de ser da existência que somos, predominantemente, pautados pela contingência, temporalidade, facticidade e finitude. (BARRETO, 2017, p. 41)

Lançado no mundo, o humano cuida de ser em todas as suas relações com o mundo, pro-jetando-se para as possibilidades de seu poder-ser.

Nessa direção, ‘cuidar’ é considerado como a tessitura da teia de relações dos seres humanos entre si, podendo se apresentar como outra possibilidade hermenêutica de compreensão do ser humano. Partindo de tal premissa, o desdobramento que Heidegger faz de *Sorge* (cuidado) em *Bersorgen* (ocupação) e *Fürsorgen* (preocupação e solicitude) pode abrir outras possibilidades para mediar à compreensão da ação clínica como ‘ação pré-ocupada’, atenta ao modo como paciente vive tanto o ‘cuidado de si’, como a procura de um modo de ‘estar-uns-com-os-outros’, destinando-se e encaminhando sua história. (BARRETO, 2017, p. 41)

Assim, Heidegger (2015) especifica *Sorge*, *Bersorgen* e *Fürsorgen* como os três modos de relação a partir de modulações da presença do cuidado. Como já vimos, *Sorge* refere-se a Cuidado como determinação ontológica do humano, na qual ser é já sempre cuidar de ser. *Bersorgen*, como ocupação, refere-se, assim, à lida com entes utensiliares, remetendo a um relacionar-se com objetos, cujo ser é estático ou animado apenas pelo uso utensiliar do próprio humano. A ocupação de um ente traz consigo a ideia de substituição do ser desse ente. É utilizando uma caneta para escrever que o objeto “caneta” se torna um objeto de escrita. Seu ser é substituído a cada vez pela lida utensiliar que o humano faz dele.

Já *Fürsorgen* remete à pre-ocupação ou à solicitude e diz do modo como o humano se relaciona com outros humanos. A forma mais imediata e cotidiana da preocupação se manifestaria como uma espécie de indiferença “em que a identidade e a alteridade radicais em jogo no ‘ser-com’ são encobertas pelo encontro do outro a partir das determinações provenientes do mundo cotidiano” (SÁ, 2017, p. 58). Ainda, podemos observar que, mesmo

essa relação que se dá em meio a uma suposta indiferença, modula o ser-aí enquanto Cuidado, uma vez que o ser-aí é radicalmente as relações que o envolvem.

Ser-em significa abrupta e imediatamente existir como ser junto aos entes, na mesma medida em que esse ser junto aos entes implica uma familiaridade pensada como cuidar de, como diligência e abrigo. Não há como pensar aqui às últimas consequências uma relação de absoluta indiferença em relação aos entes intramundanos – ao menos não enquanto a ação estiver propriamente em curso. Como eu sou meus modos de ser, cuidando dos entes intramundanos, eu sempre cuido de uma forma ou de outra de mim. Por razões que ainda vamos analisar aqui, o mesmo vale para a preocupação com os outros. Uma vez que o campo de manifestação dos entes se mostra originariamente como um campo compartilhado com os outros e estruturado por uma referência aos outros e que não coloque ao mesmo tempo os outros em questão. Minha morada, assim, não é nunca simplesmente um lugar onde preencho um espaço anteriormente vazio, mas sempre um lugar onde, cuidando dos entes intramundanos e dos outros seres-aí, eu radicalmente cuido de mim. (CASANOVA, 2017, p. 53)

Além da indiferença, a pre-ocupação pode se apresentar de duas outras formas. De acordo com a proposta heideggeriana, “a primeira diz respeito ao modo de ‘preocupação’ que ‘substitui’ (*Einspringt*) o outro, assumindo suas ‘ocupações’ para liberá-lo delas ou devolvê-las posteriormente como algo já pronto” (SÁ, 2017, p. 58). Neste modo de preocupação, o outro torna-se dominado e dependente, quase um “ente à mão”.

Já o segundo modo de preocupação é “aquele que se ‘antepõe’ (*Vorauspringt*) ao outro não para substituí-lo, mas para pô-lo diante de suas próprias possibilidades existenciárias de ser” (SÁ, 2017, p. 58). Anteposição diz respeito a um posicionar-se anteriormente à manifestação do ente. Como ação clínica, a anteposição se caracteriza como um aguardar paciente e sereno, mas atento, permitindo que haja espaço para que o outro possa advir em sua singularidade.

No âmbito da clínica, portanto, a ‘anteposição’ seria o modo do ‘ser-com’ em que o terapeuta se deixa apropriar enquanto abertura dialogante para a manifestação das possibilidades próprias do outro. Heidegger diz que esses dois modos da ‘preocupação’, a ‘substituição’ e a ‘anteposição’, são duas possibilidades extremas da ‘preocupação’ não indiferente, na convivência cotidiana se dão inúmeras formas mistas. (SÁ, 2017, p. 59)

Pudemos desenvolver, até este momento, o quanto o humano vai compreendendo suas possibilidades de ser a partir da tradição metafísica na qual se fundamenta a racionalidade científica atualmente. Assim, vimos a tendência moderna de promover uma compreensão de humano mediante a objetificação dos fenômenos que lhe cabem para possibilitar seu domínio.

Nas ciências da saúde, busca-se, então, a exclusão da dimensão indeterminada do ser-aí, reduzindo-o a ente (a uma doença ou a um corpo biológico, como no caso da Medicina), para viabilizar as possibilidades de quantificar e mensurar os fenômenos, de modo que se possa ter domínio sobre o curso de seus acontecimentos e intervir sobre ele. É nessa perspectiva que observamos o avanço massivo de modos de cuidado substitutivos nas ações em saúde, a partir do apelo demasiado à técnica.

A crítica Heideggeriana da ciência e da técnica não questiona a veracidade das mesmas e muito menos pretende substituí-las por algum outro modo de saber ôntico mais verdadeiro. O que a crítica pretende atingir é o modo histórico de relação que se estabeleceu entre homem e técnica na época moderna. O modo de desvelamento do sentido dos entes que a técnica possibilita não é mais nem menos verdadeiro do que aqueles possibilitados por outros modos de desvelamento de sentido, como a arte ou a religião. O problema com a técnica diz respeito à disposição de fascínio que ela impôs ao homem, fazendo com que o sentido dos entes, sua essência, se reduzisse exclusivamente ao aspecto que ela, técnica, desvela. (SÁ, 2017, p. 71)

Em seu ensaio *A questão da técnica*, Heidegger (2007) busca interrogar a essência da técnica, intencionando desvelar, com isso, a possibilidade de experiencarmos o técnico em sua delimitação.

Assim, pois, a essência da técnica também não é de modo algum algo técnico. E por isso nunca experimentaremos nossa relação para com a sua essência enquanto somente representarmos e propagarmos o que é técnico, satisfazermos-nos com a técnica ou escaparmos dela. Por todos os lados, permanecemos, sem liberdade, atados à ela, mesmo que a neguemos ou a confirmemos apaixonadamente. Mas, de modo mais triste estamos entregues à técnica quando a consideramos como algo neutro; pois essa representação, à qual hoje em dia especialmente se adora prestar homenagem, nos torna completamente cegos perante a essência da técnica. (HEIDEGGER, 2007, p. 376)

Frente a isso, Heidegger (2007) aproxima a técnica moderna da *téchne* grega, buscando também explicitar suas diferenças, a fim de expor o caráter da instrumentalidade e sua soberania na era moderna, o que Heidegger nomeia de “Era da Técnica”.

Na experiência moderna de causa como operação eficiente sobre uma matéria prima para a produção de um objeto disponível ao uso, transformação e consumo, oculta-se a dimensão de um cuidado responsável pelo fazer-vir (*ver-anlassen*) o ente à presença. Esse ‘deixar vir à presença’, seja ele intermediado ou não pelo homem, os gregos denominavam *poiésis*, produção (*Hervorbringen*). As coisas que vêm à presença por si mesmas, as coisas da natureza (*physis*), e as coisas que vêm a presença pela arte do homem (*téchne*) fazem

todas parte do pro-duzir da *poiesis*. Esta, por sua vez, enquanto modo de manifestação do que se oculta, é solidária da *alétheia*, o desvelamento, que chegou a nós, pela tradução latina, como ‘verdade’. (SÁ, 2017, p. 66)

Assim, a visão heideggeriana aproxima a compreensão da essência da técnica como modo de desvelamento, não apenas um meio para fins, concluindo que “a técnica não é, portanto, meramente um meio. É um modo de desabrigar. Se atentarmos para isso, abrir-se-á para nós um âmbito totalmente diferente para a essência da técnica. Trata-se do âmbito do desabrigamento, isto é, a verdade” (HEIDEGGER, 2007, p. 380). O autor revela que a pergunta sobre a técnica se desdobra em questões sobre o “ser” e a “verdade”, direcionando a um caminho para a meditação sobre o ser, ao mesmo tempo que a técnica, em si, opera sobre o encobrimento desse ser. Apresenta-se, assim, o caráter ambíguo da essência da técnica.

Se nos deixamos fascinar pela técnica, enquanto um instrumento a ser dominado pela vontade, sucumbimos ao maior perigo que é o de nem sequer nos darmos conta do verdadeiro perigo. Mas, se tomamos em consideração a essência da técnica e percebemos, na provocação imposta, o esquecimento essencial que nos põe em perigo, o esquecimento pode transformar-se em lembrança e correspondência a outras possibilidades históricas de desvelamento de sentido. (SÁ, 2017, p. 69)

Diante dessa percepção, a crítica de Heidegger à técnica se dá justamente no âmbito em que ela impõe um fascínio ao homem, reduzindo o sentido dos entes ao aspecto que apenas ela, a técnica, pode desvelar (SÁ, 2017).

Todavia, “ser possibilidade significa que o homem não é. Seu modo de ser consiste em estar lançado, descentrado, como pura possibilidade, como abertura para o ser no horizonte da temporalidade” (BARRETO, 2017, p. 41). Como o ser-aí não se deixa dominar por completo, por mais que esteja absorvido por uma tradição historicamente assentada, “resíduos” de seu *poder-ser* tendem a surgir incessantemente.

Se, por um lado, o hospital é um ambiente extremamente enlaçado na técnica, por outro tende a ser um ambiente onde, a partir do adoecimento e da possibilidade iminente da morte, a angústia desponta, revelando o humano como ser para além das definições que a técnica desvela. Revela-se como ser-a-morte. Voltaremos a isso mais adiante.

Por ora, cabe dizer que o psicólogo acaba sendo o profissional requerido nesses momentos, dentro do contexto da saúde, como alguém que pode dar conta, de alguma forma, do que transcende a objetificação prevista pelas outras disciplinas. De fato, o trabalho clínico de escuta, compreendido a partir da hermenêutica heideggeriana, faz uma aposta em um modo

de estar-com a partir de uma anteposição. Buscando abrir-se para outras possibilidades históricas que possam emergir naquele contexto, muitas vezes a escuta psicológica pode desvelar os fenômenos que nos circundam de maneira radicalmente diferente do discurso técnico-científico corrente. A noção de sofrimento e as formas de conduzir-se diante dele tendem a ser um desses fenômenos.

Para não cair em tal procedimento [substitutivo], próprio do poder clínico médico, importa compreender sofrimento não mais sob a tutela do adoecimento e da ‘fuga da normalidade’, os quais precisam de uma intervenção do outro para que possa ser sanado e resolvido, devolvendo ao sujeito que sofre o ‘equilíbrio e a saúde física e mental’. Tal compreensão, implica compreender o sofrimento a partir de sua raiz etimológica grega como *pathos*, na qual sofrer assume o sentido de ‘ser afetado’, de ‘padecer’, ‘pôr-se a caminho mobilizado por uma dor’. (BARRETO, 2017, p. 46)

O termo *pathos* chega ao português como “sofrimento”, mas também como “afeto”, “sentimento” e “paixão”¹⁴. Assim, o último sentido apontado por Barreto (2017), *pathos* como “pôr-se a caminho mobilizado pela dor”, parece interessante para uma reflexão sobre o lugar do profissional de saúde diante do sofrimento e da dor do outro, a partir de uma disponibilidade modulada pela era da técnica, na qual nos encontramos. Cautella Júnior (2012), por sua vez, propõe uma variação do sentido da palavra *pathos* pelo grego:

A palavra sofrimento vem de *phatos*, que pode ser compreendida como ‘passar por’. Ao se passar por uma experiência, se é afetado de modo irremediável pelo acontecimento. Na verdade, afetação é uma condição fundante do homem. Não se pode estar lançado no mundo sem se estar constantemente afetado. Com isto, afirma-se que o homem se encontra no mundo sempre de maneira afetiva. A esta condição Heidegger (2001a, 2001b) chamou de *Befindlichkeit*. Afetado, o homem é convocado a lidar com a afetação, não podendo evadir-se disto. O modo que lida com seus afetos desvela o seu modo particular de ser e estar no mundo com os outros. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 54)

No início deste trabalho, explicitamos brevemente algumas discussões em torno da Fadiga por Compaixão como fenômeno que acomete “profissionais de ajuda” que lidam com o sofrimento, como é o caso dos profissionais de saúde. Nas pesquisas levantadas, a Fadiga por Compaixão seria o esgotamento e o desgaste associados ao contato constante com o sofrimento, ao mesmo tempo que a Satisfação por Compaixão teria relação com a satisfação e o prazer por

¹⁴ Disponível em: <https://unabridged.merriam-webster.com>. Acesso em: 11 set. 2021.

promover alívio da dor e do sofrimento, o que deriva da sensação de estar efetivamente ajudando o outro.

Temos, pois, um par do que seriam as representações de saúde e de doença no trabalho dos profissionais de saúde. No entanto, em se tratando de dois lados de uma mesma moeda, observamos que a ideia de satisfação por conseguir ajudar é especialmente frágil no hospital. Isso porque as possibilidades de ajuda nesse ambiente estão muito amarradas a condições sobre as quais o profissional não tem o menor controle. Tanto a questão biológica — que envolve o avanço de uma doença e a não resposta ao tratamento — quanto as questões socioeconômicas e emocionais/afetivas — nas quais o profissional influencia muito pouco — colocam limites importantes nas possibilidades de o profissional de saúde realmente ajudar, ajuda esta que aqui é compreendida não como possibilidade de acompanhar e de estar junto em um processo de adoecimento, mas de transformar a realidade daquela situação. Nestas condições, sustentar um trabalho cuja satisfação dependa da sensação de estar ajudando é algo fadado à insatisfação. Logo, pode-se passar rapidamente por um extremo desgaste, dadas as várias tentativas frustradas de ajudar sem encontrar meios para isso, ou, ainda, não conseguir efetivar a transformação demandada, por motivos de forças maiores, o que resultaria em uma Fadiga por Compaixão.

Além disso, a própria ideia de “compaixão” parece comprometer o profissional com uma emboscada da qual pode ser difícil sair. Por um lado, exige-se que ele realize seu trabalho da forma mais objetiva possível; por outro, os movimentos de humanização demandam que ele se abra a sentir com o paciente a sua dor. Isso torna o trabalho do profissional de saúde quase insuportável. Como cindir-se ao meio para ora operar de uma maneira, ora de outra? Como atender aos ideais tão radicais das demandas para ora agir e operar precisamente, como máquina, ora sentir junto do outro as dores mais profundas que a existência humana pode experimentar pelo outro, diversas vezes em um único dia, vários dias com o passar dos anos? Que outros aspectos do trabalho em saúde podem gerar satisfação para além da efetividade da ajuda, ainda que ela possa, claro, compor esse quadro, em que o profissional se sinta útil, engajado e realizando um trabalho de qualidade?

Voltemos à raiz da palavra “compaixão”. O prefixo *cum*, do latim, designa união, junção. Se formos para o latim, a palavra “compaixão” deriva de *compassio*, designando “sofrer junto com” e apontando para uma disposição a compartilhar as dores, senti-las em comunhão. Se, pelo grego, no entanto, formos à raiz da palavra paixão como *pathos*, temos que a palavra correspondente ao sentido de compaixão é a palavra “simpatia”, com o prefixo *sin*, designando

união. A palavra “simpatia” remete, aqui, a uma derivação com a mesma raiz *pathos*, muito comumente utilizada nos discursos sobre atenção humanizada em saúde: empatia¹⁵. Empatia é uma derivação da palavra, tendo como prefixo *in*, que significa “dentro”, indicando uma disposição de “sentir dentro” de si. No caso, empatia pelo outro seria “sentir dentro de si o que vem do outro” ou, ainda, “sentir pelo outro”, “sentir no lugar do outro”¹⁶.

Essa abertura *temática* e não teórica ou psicológica do outro evidencia-se facilmente para a problemática teórica do compreender da ‘vida psíquica do outro’ enquanto fenômeno que é primeiro visualizado. O que, fenomenalmente, apresenta ‘numa primeira aproximação’ um modo de convivência compreensiva torna-se, ao mesmo tempo, aquilo que, assim considerado, possibilita e constitui, ‘em princípio’, e originariamente, o ser para os outros. Esse fenômeno que, de maneira não muito feliz, denomina-se ‘*empatia*’ deve, por assim dizer, construir ontologicamente uma ponte entre o próprio sujeito isolado e o outro sujeito, de início, inteiramente fechado. (HEIDEGGER, 2015, p. 181, grifo do autor)

O “sentir por” merece um breve comentário, pois parece ser o caminho indicado pelas noções de empatia, tão presentes nos trabalhos sobre humanização do cuidado. Porém, tal noção nos parece problemática por dois motivos: o primeiro diz respeito ao autocentrismo presente em tal ideia, que acaba por manter o “eu” no centro do mundo, expressando um individualismo no caminhar no mundo, tal como propõem os preceitos neoliberais. Nesse caso, a dor do outro só vale se conseguimos nos imaginar sentindo-a. Logo, é fácil concluir que, se por qualquer motivo, não conseguimos sentir a dor do outro, então automaticamente ela é invalidada. Assim, essa noção de empatia mantém a fragilidade dos laços e a impossibilidade de estar com o outro como outro diferente de mim. O segundo ponto se refere mais especificamente à discussão aqui empenhada de que o sentir por traria uma estrutura muito próxima ao que estamos chamando de cuidado substitutivo. Sentindo pelo outro, substituímos os seus afetos pelos nossos, destituindo-o mais uma vez de seu poder ser.

À luz do que desenvolvemos como Cuidado, a partir de Heidegger, podemos propor uma torção no sentido da palavra “compaixão”. Se, quando compreendida de modo mais

¹⁵ A disseminação desse ideal da empatia nas relações de ajuda parece derivar da proposta humanista rogeriana. Nela, Rogers (1994) descreve as três condições “facilitadoras” para o “desenvolvimento” do cliente: i) a congruência, acordo entre o *self* e a experiência, ou seja, o estado de acordo interno do sujeito consigo mesmo; ii) a consideração positiva incondicional, que se refere à capacidade de poder perceber e sentir as experiências do *self* de outra pessoa e poder considerá-las para além dos valores diferenciados que se possa atribuir a determinadas atitudes dela; e iii) a empatia, que faz referência à capacidade de viver as emoções de outra pessoa em si mesmo e experienciar as vivências do outro como se fosse este outro, estando sempre na condição de “como se” (ROGERS, 1994).

¹⁶ Disponível em: <https://unabridged.merriam-webster.com>. Acesso em: 12 set. 2021.

imediatamente, de acordo com seu sentido no senso comum, leva os profissionais à iminência da fadiga, a palavra oferece, em suas raízes etimológicas, um caminho para pensar o cuidado e o lidar cotidiano com a dor do outro de maneira mais antepositiva. Relaciona-se, então, à ideia de *Befindlichkeit* como possibilidade de afetar-se com o mundo e com os outros e, a partir desse afeto, conectar-se com as outras pessoas. No entanto, para estar junto, cada um precisa ocupar seu lugar, não buscar ocupar o lugar do outro. O termo “junto”, aqui, aponta para estar ao lado, não fundido com o outro.

Se *pathos* pode ser compreendido como “pôr-se a caminho mobilizado por uma dor” ou, ainda, como “passar por com afetação” (BARRETO, 2017), conforme Cautella Júnior (2012), podemos compreender a Compaixão como disposição a por-me junto ao outro a caminho, mobilizados pela dor ou angústia. Entretanto, nesse caso, não se toma a dor do outro para si, mas caminha-se ao lado, cada qual com seus próprios recursos e afetos, sustentando uma importante diferença entre si e o outro. O espaço vazio compartilhado que essa diferença promove é o espaço no qual podem assumir-se como Cuidado. É o espaço no qual se pode criar e recriar as próprias possibilidades de continuar seguindo. Sob essa ótica, Compaixão indica a possibilidade de ser mobilizado pela dor do outro a partir de uma disposição a estar junto de.

A disponibilidade de estar junto de, contudo, tem menos relação com uma força de vontade do profissional do que com as condições nas quais ele está inserido. Isso ocorre porque a possibilidade de estar disponível e aberto ao outro requer um tempo que só poderia vir de uma desaceleração do ritmo cotidiano, o que envolve uma torção na lógica mercadológica e a contratação de mais pessoas para desempenhar funções; requer recursos à mão, abarcando investimentos em materiais, estrutura e formação profissional; requer um giro epistemológico nas compreensões de saúde, de humano e de mundo que sustentam as ações em saúde, atualmente colonizadas pela racionalidade tecnocientífica que promove o esquecimento do ser como possibilidade de ser; requer poder também experimentar o cuidado com um outro disponível a estar com esse profissional.

Nesse sentido, podemos convocar a palavra *ethos*¹⁷, indicando sua possibilidade de ser compreendida não como conjunto de normas e/ou moral, mas como morada compartilhada: “insubstituibilidade da autonomia decisória de cada homem singular, ou seja, sua liberdade existencial, tornando cuidador um companheiro de destino do seu cliente, ambos, lado a lado” (MORATO, 2018, p. 171). Isso posto, o trabalho em saúde seria orientado mais por uma ética do que pela técnica, permitindo que esta última esteja a serviço da primeira.

¹⁷ Disponível em: <https://unabridged.merriam-webster.com>. Acesso em: 12 set. 2021.

Considerando que, nos trabalhos sobre Fadiga por Compaixão, apresentam-se saídas pela Satisfação por Compaixão como a possibilidade de obter satisfação no trabalho pelo potencial de ajuda, no presente trabalho o que propomos é uma saída pela Compaixão, no sentido de uma satisfação por estar junto a caminho, a partir da emergência da dor ou sofrimento. É possível, assim, valer-se das ferramentas disponíveis, aprimorá-las e aprimorar o próprio conhecimento a partir das relações e experiências que derivam desse estar-junto a.

A abertura da co-presença dos outros, pertencente ao ser-com, significa: na compreensão do ser da presença já subsiste uma compreensão dos outros, porque seu ser é ser-com. Como todo compreender, esse compreender não é um conhecer nascido de uma tomada de conhecimento. É um modo de ser originariamente existencial que só então torna possível conhecer e tomada de conhecimento. Este conhecer-se está fundado no ser-com que compreende originariamente. Ele se move, de início segundo o modo de ser mais imediato do ser-no-mundo que é com, no conhecer compreensivo do que a presença encontra e do que ela se ocupa na circunvisão do mundo circundante. A partir da ocupação e do que nela se compreende é que se pode entender a ocupação da preocupação. O outro se descobre, assim, antes de tudo, na preocupação das ocupações. (HEIDEGGER, 2015, p. 180)

A satisfação no trabalho, neste caso, compreendida não como estar suprido de sentidos, mas como ter gosto por realizar seu ofício, viria da própria ação cuidadora. Ou seja, seria a oportunidade de experienciar-se ser-com-os-outros para além do resultado das ações empreendidas, uma vez que, muitas vezes, esse resultado não está sob domínio do profissional.

A experiência de poder ser Cuidado, ser-aí, é, em última instância, projetar-se no mundo. A satisfação no trabalho pode, por isso, estar assentada na possibilidade que o fazer cotidiano do ofício abre de construir projetos que podem se dar nos âmbitos profissionais, institucionais, intelectuais, bem como nos pessoais e afetivos.

4.3 A LIDA COM A MORTE E A BUSCA PELA CURA: TESSITURAS POSSÍVEIS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NO HOSPITAL

Como mencionamos anteriormente, experienciar-se como ser finito, sempre em devir, vulnerável às intempéries do mundo, é, em larga medida, experienciar-se como ser-para-a-morte. Afinal, “a vida que desperta para o pensar e o questionar pensa e questiona além de todos os limites. Conhecer a angústia e não poder compreender a morte — esse é o grito de nascimento do ser humano que nunca silencia” (GADAMER, 2006, p. 164).

Quando abordamos os aspectos já expostos, como a primazia do saber biomédico, que é ancorado na racionalidade tecnocientífica, bem como o objetivo primordial das ações na instituição hospitalar de cura, outro tema bastante importante permanece nas entrelinhas e será abordado neste momento: a lida com a morte.

Segundo Kovács (2010), a cura, do modo como é compreendida pela medicina, é um paradigma distinto do cuidado. Ambos os paradigmas estão presentes nas ações de saúde: “no paradigma envolvendo a cura o investimento é para salvar vidas. No paradigma do cuidar a morte é aceita como parte da condição humana. Qualidade de vida em suas várias dimensões é preocupação dos profissionais afinados com este paradigma” (KOVÁCS, 2010, p. 421).

À vista disso, não apenas o contato com a finitude contribui para o sofrimento e o adoecimento do profissional de saúde, mas também a ideia corrente de que é sua tarefa evitá-la.

Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável, pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado. Esta percepção pode ser agravada quando procedimentos a serem realizados com pacientes fora de possibilidade de cura não são compartilhados com toda a equipe, fato apontado como uma das razões para o aumento do estresse. (KOVÁCS, 2010, p. 424)

A partir disso, retomamos a questão da dinâmica hierárquica do saber e das práticas no hospital. Equipes como a de Enfermagem, que estão no cotidiano da vida dos pacientes e se veem constantemente diante da exigência de tomada de decisões importantes, acabam tendo pouca autonomia na hierarquia hospitalar, a qual privilegia o saber médico, responsável por ditar os procedimentos e o curso do tratamento dos pacientes. Isso tende a gerar conflitos nas equipes e aumenta o desgaste para aqueles que carregam grande responsabilidade sem a autonomia necessária.

Profissionais de enfermagem precisam executar procedimentos indicados pela equipe médica, cuidar das demandas feitas pelos pacientes e familiares de alívio do sofrimento e atendimento às necessidades básicas. Surge o conflito entre salvar o paciente, evitar ou adiar a morte a todo custo, e o cuidar, relacionado com alívio e controle de sintomas e busca de boa qualidade de vida. Entre os diversos conflitos dentro da instituição hospitalar coexistem: lidar com vida e morte, bem-estar e ataque à doença, curar e cuidar. (KOVÁCS, 2010, p. 424)

Não nos parece, então, que o adoecimento dos profissionais tenha uma relação necessária com a presença do sofrimento e da morte biológica do corpo orgânico no seu cotidiano, mas com o modo como lidam com esses fenômenos, isto é, tentando superá-los. Nessa perspectiva,

A morte fica assim inserida numa empresa técnica de produção industrial. Ao observar essas mudanças, vê-se que o morrer tornou-se, ainda que de um ponto de vista negativo, um dos inúmeros processos de produção da vida econômica moderna. E, no entanto, talvez não haja nenhuma outra experiência na vida do ser humano que descreva tão nitidamente os limites impostos ao domínio moderno da natureza com o auxílio da ciência e da técnica. (GADAMER, 2006, p. 69)

Lidando com o adoecimento, ainda que não presenciem todos os dias a morte concreta (o que, invariavelmente acontece), os profissionais enfrentam cotidianamente não apenas a finitude do outro, mas também sua própria finitude, bem como a falibilidade da técnica: passam o dia tentando controlar o ambiente que borbulha, o corpo que padece, os procedimentos que desandam. Entretanto, sempre há intercorrências. Há um esforço para controlar o incontrolável e, portanto, um encontro massivo com a indeterminação de seu ser, que não está garantida nem pela mais rigorosa ciência (HEIDEGGER, 2007).

Essa ideia de morte interdita também não autoriza a expressão da dor e das emoções que acompanham o processo. De acordo com Kovács (2010), isso tende a favorecer o adoecimento dos profissionais, aumentando os casos de depressão e da síndrome de *burnout*.

Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável, pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado. Esta percepção pode ser agravada quando procedimentos a serem realizados com pacientes fora de possibilidade de cura não são compartilhados com toda a equipe, fato apontado como uma das razões para aumento do estresse. (KOVÁCS, 2010, p. 424)

A busca pela separação entre os afetos e o trabalho aparece também em uma fala repetida e bastante comum entre os profissionais de saúde: a importância e a necessidade de “não levar o trabalho para casa” — referindo-se a não levar consigo os afetos que decorrem da vida cotidiana com o sofrimento e o adoecimento. Além disso, eram comuns falas repetidas sobre a importância de deixar para fora do hospital os problemas pessoais, os estados de ânimo que advêm da vida, ainda que esta não seja um processo que pode ser pausado e que ela não respeite os limites das paredes do hospital.

Esse ensinamento, massivamente reproduzido nos cursos de graduação em saúde e pelos preceptores que orientam os residentes, parece tentar alertar os profissionais sobre os riscos de misturar seus afetos com os dos pacientes ou, ainda, remediar possíveis atitudes inadequadas no ambiente de trabalho. Porém, a “lição” tem pouco efeito, pois não promove nenhuma condição para a construção de formas de lidar com o que emerge no cotidiano do trabalho, responsabilizando o profissional por uma administração adequada de suas experiências e do que sente com elas. É uma lição que tende a gerar autocobrança e silenciamento dentro das equipes profissionais, dificultando ainda mais as possibilidades de compartilhamento que poderiam levar a saídas diante de situações que abalam os profissionais.

Por esses motivos, é imprescindível que cuidemos de conceitos como os de resiliência, empatia e compaixão, que aparecem como espécies de metas quando falamos de humanização em saúde e estão tão presentes no discurso corrente, uma vez que os termos já foram apropriados pelo discurso capitalista e produtivista. Como a saúde deste profissional é sempre compreendida à luz da segurança do paciente e da qualidade de vida deste último, é comum que, das pesquisas, emerjam modelos pedagógicos de atenção humanizada à saúde, responsabilizando o profissional por manter-se saudável, flexível e compassivo¹⁸ em contextos extremamente adoecedores. Dizer isso não é o mesmo que dizer que não se espera do profissional de saúde a realização de seu ofício da melhor maneira possível para si mesmo, para o paciente e para o coletivo, mas é compreender que a potencialidade de realizar esse trabalho com excelência não necessariamente está vinculada à ideia de realizá-lo mais produtiva e eficazmente por meio de uma técnica cada vez mais apurada e precisa.

Assim, a potencialidade de fazê-lo cuidadosamente para si e para o outro também não está relacionada à ideia de atingir um estado afetivo de empatia e de compaixão mediante treinamentos e conscientização.

Há um silenciamento da morte nos hospitais, que coincide com a situação em que se vê a morte como fracasso de profissionais de saúde. Profissionais de saúde se ligam a alguns pacientes e quando ocorre a morte têm que lidar com a sensação de fracasso e impotência e entram em processo de luto, que não é reconhecido e autorizado. Este fato é reforçado pelo que aprenderam na sua

¹⁸ Ao mesmo tempo que se observa a prevalência de desgastes em profissionais de saúde mulheres, indicando uma sobreposição das cargas relacionados ao trabalho em saúde e as funções que desempenham socialmente (BAPTISTA *et al.*, 2011; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; SOUZA *et al.*, 2019), é interessante observar que as demandas sociais dirigidas a esses profissionais são muito similares àquelas dirigidas a mulheres na sociedade patriarcal. Considerando a forte associação das profissões de cuidado ao feminino, não nos parece à toa o ideal que cerca (e cerceia) os profissionais de saúde: é-lhes dado muito pouco em termos de condições de trabalho e é-lhes exigido muito em troca, sob o argumento de que deveriam realizar suas tarefas diárias movidos pelo afeto, pelo amor e pela dedicação “natural”.

formação: não se envolverem com seus pacientes. Surgem então mecanismos de defesa que podem ser inconscientes, sintomas psicossomáticos, que se exacerbados culminam em colapso. Repressão das emoções provoca esgotamento psíquico, diminuindo a concentração, aumentando o consumo de substâncias químicas, levando à depressão e tentativas de suicídio. Sem contato com suas emoções e intuição não podendo acessar recursos criativos e espirituais e sem contato com sua alma o adoecimento pode acontecer. (KOVÁCS, 2010, p. 425)

Uma vez, na busca por mais informações sobre um paciente, uma dupla de plantonistas teve acesso ao seu prontuário e nele se depararam com algo muito significativo. Tratava-se de um paciente que realizara muitas internações no decorrer da vida e que acabou sendo bastante conhecido pela equipe do hospital.

Os plantonistas relataram que, folhando o prontuário, encontraram folhas e mais folhas de termos médicos impressos que visavam descrever algo daquele sujeito. Ao final de tantas folhas que diziam daquele paciente de forma tão técnica e impessoal, uma folha de transferência de hospital, com uma frase escrita a caneta, letra cursiva: ‘Vai nos deixar’ e uma ‘carinha triste’, desenhada ao lado. Como compreender tal anotação? Percebo os afetos transbordando... (DIÁRIO DE BORDO)

Ainda de acordo com Kovács (2010), é podendo aceitar suas feridas (ou, aproximando-se de Heidegger, é podendo ser sua condição de angústia e afetar-se com o mundo) que a compreensão da condição humana pode ser ampliada para o profissional. Para a autora, o cuidado com profissionais de saúde envolve a promoção de espaços nos quais se possa falar de suas feridas, dos afetos que acompanham a lida cotidiana com o sofrimento e a morte, como acontecimentos sempre presentes no ofício desses profissionais, por melhor que realizem seu trabalho.

Isso nos leva a refletir sobre outro fator a ser considerado quando pensamos em cuidado para esses profissionais: estes, no hospital, estão dentro de seu cotidiano. Diferentemente, os pacientes e os acompanhantes estão lá por um acontecimento imprevisto. Ainda que ambos sejam levados a lidar com a morte concreta naquele ambiente, a experiência do profissional certamente não é a mesma do paciente ou do acompanhante.

Em uma conversa de corredor com um funcionário do hospital, ele me contava de seus trabalhos anteriores e de como estava mais tranquilo agora, trabalhando no hospital. Contava que na época em que trabalhava com escolta vivia muito estressado, em constante estado de tensão. Após um tempo de conversa, quando já tínhamos mudado de assunto, me perguntou se nós, do Plantão, atendíamos no PS também. Respondi que sim e ele emendou: ‘Vish no PS é tenso’. Perguntei por que, ao que ele respondeu: ‘Ah, muita correria,

gente quase morrendo... não gosto muito quando tenho que trabalhar lá não'. Retomei então o assunto anterior, perguntando se era tão tenso quanto trabalhar na escolta. 'Não, não. No PS é tenso. Mas na escolta era mais. Aqui, você teme pela vida do outro. É tenso, você faz de tudo para salvar... mas a vida é do outro. Na escolta você teme pela própria vida'. (DIÁRIO DE BORDO)

O atravessamento do imprevisto no cotidiano, que leva o paciente e seu acompanhante ao hospital, tende a promover, na maioria das vezes, uma abertura à reflexão e a questionamentos que tornam oportuna a presença de uma escuta. A angústia que acompanha essa percepção da possibilidade próxima da morte encontra lugar na escuta psicológica, visto que pede pela elaboração de sentidos suspensos pela situação crítica. É também nessa linha que o plantão psicológico, como abertura radical para a escuta no exato momento em que o sujeito a busca, é tão pertinente e funciona tão bem no ambiente hospitalar, marcado pela urgência, pela emergência e pela crise (CAUTELLA JÚNIOR, 2012).

No caso dos profissionais, ao contrário, na maioria das vezes, não estão no hospital em uma disposição de indagação dos sentidos da vida, mas na busca frenética pela manutenção deles. Na verdade, muitas vezes, colocar sobre si a tarefa de evitar a morte do outro pode ser um modo bastante eficaz de distanciar-se da possibilidade da própria morte. Apesar de lidar cotidianamente com a morte, o profissional de saúde, ao pôr-se no lugar de cuidador, pode, em alguns casos, afastar-se ainda mais da própria finitude, passando para o outro a possibilidade da morte. A morte deste outro não necessariamente angustia o profissional, pois a presença dela no seu cotidiano pode, pelo contrário, sustentar sua ilusão de unidade, de identidade, levando-o a se compreender como aquele que possui saber e conhecimentos técnicos e meios para lidar com a morte.

No entanto, isso não significa que a escuta psicológica imediata, oferecida pelo plantão, não tenha seu lugar:

Como profissionais de saúde vivem situações de estresse, frustração, insatisfação com o seu trabalho e também passando por situações pessoais de sofrimento que precisam de cuidados, o plantão psicológico, por suas características, abre um espaço para que estes profissionais possam buscar ajuda no momento em que necessitam. O plantão pode ser terapêutico em si, ou ser porta de entrada para modalidades de cuidados mais prolongados. (KOVÁCS, 2010, p. 427)

Durante este trabalho, apenas pudemos avançar na aproximação com os profissionais porque fomos compreendendo que a disposição deles é radicalmente outra em relação ao que

estávamos acostumados com os pacientes e acompanhantes. Portanto, a abordagem deveria se afinar com essa disposição.

Fomos, pois, nos deparando com repetidas situações em que o que estava angustiando os profissionais eram os imprevistos e as situações para os quais não se sentiam tecnicamente aptos ou para os quais não havia protocolos ou procedimentos pré-estabelecidos — e não apenas a morte de algum paciente, ou seja, o morrer inexorável. Então, era aí, diante do inesperado ou do incontrolável no ofício/trabalho, que sentiam que não estavam conseguindo cumprir a sua tarefa. Era isso que, muitas vezes, os levavam a solicitar-nos. Diante da morte, agiam como se algo não tivesse sido possível, na direção da cura tecnicista.

Desse modo, qualquer evento que ocorra fora do âmbito dos protocolos previstos pode ser experienciado como uma falha individual na própria competência profissional. A possibilidade de abrir um espaço de escuta para os profissionais de saúde, no seu ambiente de trabalho, passa, por conseguinte, pela compreensão de que é preciso estar atento às sensações de culpa, de inadequação e de constrangimento que vêm junto à busca por abertura para a escuta de uma situação diretamente ligada ao exercício da função.

Contudo, mesmo diante da busca por escuta, o trabalho dos profissionais é frenético, e, naquele ambiente, a maioria dos membros da equipe se apresenta numa disposição pouco conciliável com a possibilidade de demorar-se em si mesmo, oferecida pelo plantão. Estão em constante estado de alerta, atenção ao outro, aos procedimentos e protocolos, imersos na ocupação com ações do cotidiano relativas ao trabalho.

Dessa forma, não devemos cair numa simplória compreensão de que aquele que faz um pedido explícito por atendimento para si tem mais ou menos abertura para falar de suas angústias do que aquele que pede atendimento para o outro. Na verdade, dizer de si através do outro foi se revelando como um modo de apaziguar os incômodos presentes no ato de falar a um psicólogo durante o seu expediente.

A busca ocorre, porém de maneira discreta e velada. Geralmente, as aproximações acontecem via um ‘caso’ que, supostamente, necessita de atenção psicológica ou através da busca por uma ‘consultoria’ mediante a um acontecimento inusitado que transcende a técnica. Ao apresentar o ‘caso’, vão, de maneira tímida e insidiosa, apresentando suas questões. Ou então, vão se depositando através de um colóquio cotidiano, pretensamente ingênuo, mas que traz nas suas entranhas as aflições de uma existência. Sendo assim, para que ocorra o atendimento, é necessária certa destreza do psicólogo plantonista,

pois este, quase sempre, tem que acontecer de maneira tácita e cuidadosa. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 84)¹⁹

Toda fala, por mais técnica que seja, sempre guarda o potencial de revelar a singularidade do sujeito falante, desde que a fala encontre escuta. Esquecer-se disso é deixar de lado o ponto mais fundamental do trabalho do psicólogo em instituição.

Uma dupla de plantonistas que eu estava supervisionando percebeu, a partir de uma conversa com uma enfermeira que estava há muitos anos no HU, que os acontecimentos de sua vida a faziam migrar de setor dentro do hospital. Trabalhava na clínica cirúrgica e, quando teve que passar por uma cirurgia de risco, saiu dessa ala, migrando para a maternidade. Quando teve sua filha, migrou de ala novamente. O movimento da enfermeira dentro do hospital parece apontar para a tentativa de manter-se distante de situações que vivera como paciente. Dizia isso sem parecer se dar conta do que se desvelava em sua fala. (DIÁRIO DE BORDO)

É substancial não confundir, porém, esse contato cuidadoso com “atendê-los” sem que eles percebam, o que muitos psicólogos fazem e disseminam. Isso porque, em primeiro lugar, qualquer prática sem o consentimento do outro poderia incorrer em uma violência cujos danos podem ser irreparáveis. Em segundo lugar, acreditar estar “atendendo” alguém sem que essa pessoa esteja de acordo com isso, tendo ela expressado isso verbal ou tacitamente, coloca o psicólogo em uma posição de superioridade, que seria inconciliável com a proposta que aqui estamos fazendo: de que algo do encontro possa favorecer a possibilidade de o profissional transitar pelas suas questões e encontrar possibilidades para os desafios que emergem em seu cotidiano de trabalho. Em outras palavras, para que um encontro do modo como aqui propomos aconteça, a afinação entre os envolvidos é crucial e, portanto, seria um contrassenso acreditar que ela possa acontecer sem a adesão de uma das partes.

Por fim, a disseminação desse “modo” de conduzir um “cuidado” parece estar vinculada a uma compreensão limitada do que se compreende como escuta psicológica, reduzindo seu alcance apenas a situações de atendimento psicológico, tradicional ou não, de plantão ou não. É sobre esse descolamento entre escuta e atendimento psicológico que vamos nos debruçar no próximo tópico, buscando encontrar, nas brechas deixadas por esse desenlace, os caminhos para o cuidado com profissionais de saúde em instituição hospitalar.

¹⁹ Diante dessa citação, cabem algumas reflexões: a palavra “destreza” pode remeter mais a uma habilidade técnica do que uma disponibilidade à escuta, o que se distancia da compreensão que aqui estamos construindo; outro ponto é que o “atendimento” não precisa acontecer para que o cuidado aconteça, segundo o que estamos propondo. A necessidade de uma destreza para transformar o encontro em um atendimento, portanto, parece-nos dispensável.

Além disso, é preciso considerar que, muitas vezes, o oferecimento de cuidado é realizado em uma situação já instaurada de precarização do trabalho ou no ambiente em que esses profissionais se encontram. Assim, eles podem compreender o espaço de escuta não como um lugar cuidado, mas de silenciamento, um lugar onde seu sofrimento será aplacado diante dos problemas que os levam a sofrer. Em um artigo que tem o objetivo de entender a busca de alunos de medicina da Universidade de Manchester por ajuda (CHEW-GRAHAM *et al.*, 2003), a fala de um dos pesquisados chama a atenção. Ele afirma que ficaria mais satisfeito se a abordagem com os problemas dos estudantes fossem mais alinhadas ao que pregam nos primeiros anos de faculdade: que prevenção é melhor do que tratamento. Dessa forma, seria melhor para eles se houvessem melhores condições de ensino na universidade do que oferecerem um psicólogo quando tudo já estivesse desmoronando.

Ora, não seria possível pensar algo aproximado em relação à busca por ajuda feita por profissionais de saúde de um HU? Não seria mais interessante, para muitos deles, se houvesse melhores condições de trabalho do que um projeto de atenção psicológica para o qual eles possam trazer suas queixas quando já estão adoecidos? A instituição e as gestões, por sua vez, parecem ir justamente pelo caminho oposto: buscam projetos de atenção psicológica para resolver os problemas que aparecem sem que tenham que mexer na estrutura da instituição.

4.4 A ESCUTA COMO POSSIBILIDADE

Em meio a reflexões e trocas acerca do cotidiano do hospital, do que fazer diante do sofrimento dos profissionais que, ainda assim, não buscavam o atendimento psicológico que havia sido disponibilizado para eles, pudemos ir abrindo possibilidades de nos deter naquilo que era trazido por essas pessoas, do modo como era trazido, mesmo que através de relatos técnicos sobre os pacientes.

Ao acompanhar seus relatos, sem nos deixar levar pelo discurso técnico que nos convocava a responder às demandas dos profissionais, fomos nos deparando com a abertura de um caminho antes não previsto. Em meio às conversas sobre pacientes, muitas aflições dos profissionais surgiam e, quando não nos colocávamos a responder imediatamente às solicitações, mas também não nos preocupávamos em transformar aquela manifestação em uma tematização, buscando configurar aquele encontro dentro dos moldes de um atendimento, surgiam possibilidades de condução das aflições, e os afetos se transformavam. Algo da escuta

psicológica parecia operar, mesmo em situações bastante diversas de um atendimento psicológico propriamente dito.

Dr. D., residente, começa a falar sobre a mãe de uma paciente (recém-nascida), a quem ele gostaria de indicar para atendimento psicológico. Se atendo a escutar o residente para além das informações sobre o paciente e sem afobação para atender prontamente a sua solicitação, os plantonistas vão abrindo espaço para que o residente fale mais profundamente sobre o caso, até que em um determinado momento ele relata que um outro médico haveria ‘desenganado a bebê’ para a mãe e por isso ele estava preocupado com ela. Percebendo o tom com que o residente menciona esse fato, com bastante pesar, os plantonistas perguntam mais sobre o assunto, sobre quem era esse médico e o que o residente achava do prognóstico. Ele dá de ombros, como que resignado, e fala ‘foi meu preceptor’. Os plantonistas sustentam um silêncio, marcando sua disponibilidade em ouvi-lo. Ele complementa: ‘É, médicos...’. Passa a dizer então do seu incômodo com o modo como alguns profissionais lidam com os pacientes, com certa frieza e como é difícil para ele presenciar isso cotidianamente. Vai, aos poucos revelando também uma dificuldade particular com esse caso: foi decidido por seus superiores que fosse realizado mais um procedimento do qual, ele, pessoalmente, não estava convicto da necessidade, dado as condições do bebê, que estava fora das possibilidades de cura, segundo a mesma equipe. Assim, se via tendo que sustentar uma decisão que não era sua, que ele não concordava e cujas consequências também seriam de sua responsabilidade. (DIÁRIO DE BORDO).

O pedido que ele realiza, então, aponta para a necessidade de que os psicólogos possam “avaliar”, “aliviar” um sofrimento que ele acredita estar sendo causado pela sua equipe. Isso diz mais do modo como ele experiencia a situação do que da necessidade real da mãe do paciente, ainda que possa haver alguma demanda dela. O seu pedido aparece como forma de lidar com a própria angústia diante da dificuldade que a hierarquia do hospital lhe impõe, da dificuldade em carregar a responsabilidade de suas decisões e as possíveis consequências de suas ações. Solicita que os plantonistas de Psicologia, com o seu saber, cuidem daquilo que ele não pode cuidar em relação à paciente e à sua mãe. Porém, ao mesmo tempo, ao falar disso, abre a possibilidade de cuidar daquilo que ele ainda não havia conseguido cuidar em si mesmo: um questionamento angustiado.

Assim, fomos sendo convocados a compreender melhor a diferença entre a escuta e o atendimento psicológico. A primeira, diferentemente do que tradicionalmente se cristalizou como o segundo, não se submete à interpretação, nem mesmo à tematização. Ela “está comprometida com circundar de silêncio o dito para ressoar, de modo que o possível possa figurar-se, desfigurar-se, refigurar-se” (BARRETO, 2017, p.47).

Para Lima, Yehia e Morato (2009), é no campo do cuidado que se estabelecem diferentes modos de compreender a escuta como possibilitadora do cuidado de si²⁰. Com isso, mostrar-se disponível através da escuta, no instante da urgência e do sofrimento do sujeito, constitui-se como um dispositivo de cuidado (LIMA; YEHIA; MORATO, 2009).

Cautella Júnior (2012, p. 62) afirma que “pode-se dizer que o plantão psicológico busca incitar e lapidar o cuidado, ethos fundamental da vida”. No entanto, aqui vamos compreendendo o plantão não como uma espécie de instrumento capaz de incitar, provocar ou lapidar o cuidado, mas como um acontecimento ou situação oportuno(a) que, em seu movimento de busca por um debruçar-se sobre o cliente/paciente, cria um lugar no qual o Cuidado, como abertura fundamental (HEIDEGGER, 2015), pode se realizar em sua manifestação mais própria (SÁ, 2017).

Isso acontece à medida que o plantonista se coloca em uma presença a partir de uma espécie de recuo. Nesse caso, ele não busca aplicar uma técnica, seguir um protocolo ou realizar interpretações, mas aguarda serenamente o outro, em presença, realizar o movimento que lhe couber: falar, chorar, reclamar, acontecer. Com isso em mente, concordamos com Cautella Júnior (2012), quando afirma:

O psicólogo plantonista realiza o que Figueiredo (2009) chama de uma presença reservada, criando um espaço vital onde o cliente pode vir a ser através do desabrochar de suas capacidades cuidadoras. Para que isto ocorra, é necessário que o psicólogo plantonista se desnude de suas pretensões e fantasias onipotentes, tendo para si bem claro aquilo que faz e o que pode fazer. (CAUTELLA JÚNIOR, 2012, p. 63)

Colocar-se à escuta é estar junto ao outro em um modo de presença que o convida a demorar-se em si mesmo, na própria história ou na queixa. Isso já era conhecido na prática que vínhamos desenvolvendo até mesmo com os pacientes e os acompanhantes. Assim, estar de plantão se manifestava também como abertura para estar junto ao outro em sua história, ainda que o pedido por atendimento psicológico, especificamente, não estivesse presente ou partisse de outro (da equipe, geralmente).

Sendo assim, a escuta não se restringe a esse tipo de encontro que chamamos de atendimento psicológico. Ela é uma possibilidade que se abre a partir do que compreendemos

²⁰ Optamos por manter a expressão “cuidado de si”, utilizada pelos autores referidos. Todavia, como já explicitamos anteriormente, acompanhando a elaboração heideggeriana de Cuidado, o ser-aí já é cuidado de si em todas as suas manifestações mundanas. Desse modo, para se referir a essa situação aberta pela escuta, em que há algum nível de apropriação da existência como cuidado ontológico de si, a expressão “cuidado próprio” nos parece mais interessante (SÁ, 2017; HEIDEGGER, 2015).

como “estar em plantão”, ou seja, não a disponibilidade para um encontro enquadrado em determinado espaço e tempo, mas o tempo e o espaço de cuidado que o plantonista abre em sua presença disponível. Colocar-se à escuta é estar junto ao outro em um modo de presença que o convida a demorar-se em si mesmo, na própria história ou na queixa. Em outras palavras, a abertura dessa situação de escuta favorece a apropriação do ser-aí como Cuidado, sustentando, para o humano, sua indeterminação, o “estar em jogo” (HEIDEGGER, 2015) de sua existência e, portanto, de sua (finita) liberdade.

Sustentados pela (re)descoberta da importância de realizar uma escuta, para além de buscar configurar uma situação específica, como a de atendimento psicológico com os profissionais de saúde, abrimo-nos mais para os encontros que eram possíveis com os profissionais. A partir disso, começaram a ser mais frequentes as chamadas “discussões de casos” com a equipe, bem como as conversas de caráter mais institucional, que se debruçavam sobre a organização e as relações presentes no ambiente de trabalho. Primeiramente, querendo saber mais sobre o que estavam nos solicitando e, posteriormente, começando a mostrar nossa perspectiva sobre a situação que se apresentava, aos poucos, fomos experienciando interações que se desdobravam como cuidado nos encontros.

Aqui, fica nítida a diferença entre o fazer do plantonista e o dos demais membros da equipe de saúde. Afinal, poder escutar livremente, sem pensar em cura, permite uma escuta outra. A escuta do plantonista se abre ao encontro, antes mesmo de vislumbrar uma direção para o que é dito. Segundo Figueiredo (1994),

[...] fazer uma experiência com a fala é, da mesma forma, deixar-se atravessar por ela, acolhê-la no seu poder mais próprio, ou seja, na sua alteridade. Para fazer uma experiência com a fala é preciso, por conseguinte, **libertar a palavra para seu outro dizer, para seu dizer outro**. Isso implica deixar que a fala fale e, mesmo quando as palavras brotem da minha boca, colocar-me à escuta. (FIGUEIREDO, 1994, p. 122, grifo do autor)

Uma escuta que abre possibilidade para que o outro venha com sua singularidade, para que aconteça em seu ser mais próprio, é uma escuta que não pode ter um objetivo *a priori*. Assim, embora, desde o começo, estivessemos em alerta para os riscos de se deixar envolver pelo *frenesi* hospitalar, pela incessante busca pela cura, ainda nos perdíamos no objetivo de que os profissionais pudessem utilizar o plantão de uma certa maneira.

Consequentemente, acabávamos indo ao encontro dos profissionais com uma abertura limitada, deixando de fora do campo do cuidado as falas daqueles que não tematizavam suas próprias questões, mas que diziam do outro. Excluindo aquilo que não nos parecia cabível

dentro do dito “atendimento psicológico”, aproximávamo-nos da proposta de “conhecer separando”, característica das ciências biomédicas (GADAMER, 2006). Esse tipo de escuta, semelhante à escuta médica, que imprime recortes para que seja possível um diagnóstico, acaba, muitas vezes, deixando de lado a dimensão da experiência.

Para Heidegger, fazer uma experiência com o que quer que seja não coincide com a obtenção de informações ou com a formulação de conceitos acerca de algo; fazer uma experiência consiste em ser afetado, e em ser transformado, deixando a coisa ‘vir sobre nós, para que nos caia em cima e nos faça outro’. Fazer uma experiência é um encontro com o outro na sua alteridade e, portanto, um acontecimento dramático e completamente despojado dos matizes idílicos e românticos que proliferam nos discursos humanistas acerca do ‘encontro’. (FIGUEIREDO, 1994, p. 121-122)

É importante destacar, nesse momento, a possibilidade de compreensão que se abre sobre o plantão psicológico a partir dessas experiências. O plantão, como projeto de cuidado em uma instituição, não se confunde com o atendimento psicológico. Os projetos de plantão possuem uma estrutura mais ampla que vai além da modalidade de atendimento, cuja aposta principal é o encontro único (MORATO, 2017). Até porque o atendimento do plantão psicológico não se sustenta sozinho: ele só pode acontecer a partir da cartografia clínica e da atenção psicológica à instituição. Para abrir caminhos acerca do que foi se compreendendo como atenção psicológica, citamos Aun (2005):

O termo atenção começou a ser utilizado pelo laboratório por sua amplitude de sentido/significado: concentração, zelo, dedicação, disposição, mostrar, alertar, olhar, ouvir, sentir e, sobretudo, cuidado. De origem no latim, atenção remete à aplicação do espírito, compondo-se por a (para, em direção a) e *tendere*, com sentido semelhante a clinicar: inclinar-se. (AUN, 2005, p. 104)

Esse aspecto retoma a importância de um cuidado situado, ou seja, afinado com o contexto, com a realidade e com a cultura da instituição na qual o plantão se realiza. A atenção psicológica faz-se, então, fundamental para que esse cuidado possa estar em concordância com a população a quem se dirige. É através de uma presença atenta que os plantonistas buscam se situar e encontrar os modos possíveis de se disponibilizar ao outro. Situam-se para poder abrir, no seu próprio modo de se colocar à escuta, esse espaço de cuidado que, geralmente, a princípio, não está dado. Isto é, a oferta de escuta é uma forma de cuidado nas instituições, mesmo que não seja utilizada pelos seus atores no exato instante em que é oferecida.

Não foi de repente, mas aos poucos, ao longo dos semestres, que fomos notando mudanças relevantes na relação dos profissionais com o plantão. A cada semestre, quando

voltávamos de férias e fazíamos nossa tradicional reapresentação²¹ ao hospital inteiro, já nos reconheciam pelas faces, pelos nomes individuais ou pelo nome de “plantão” ou, minimamente, por sermos “o pessoal da Psicologia”. Mais pedidos de atendimento para os pacientes iam surgindo. Algumas vezes, buscaram-nos em nossa sala²² ou solicitaram atendimento por bilhetes deixados nesse espaço.

Um acontecimento em especial demonstrou, para nós, que o modo como vínhamos nos colocando tinha gerado mais confiança nos profissionais. Se antes utilizavam o plantão quando ele aparecia, geralmente através da presença do plantonista, agora demonstravam contar com o projeto.

J. chegou à sala onde estávamos nos preparando para iniciar o plantão com os olhos um pouco arregalados e parecendo apressado. Olhei para ele e antes mesmo de perguntar se algo havia acontecido ele começou a contar: estava entrando no hospital, na porta, quando um médico, com quem já havia conversado algumas vezes sobre seus pacientes, saiu correndo de um corredor para alcançá-lo. Disse a ele que estava de saída, mas que estava esperando o horário do plantonista chegar para ‘passar um caso’ e que depois gostaria de conversar sobre. J. então se disponibilizou e disse que ‘veria o caso’ imediatamente. Chegou então à sala apenas para vestir o jaleco e deixar suas coisas, pois, num misto de senso de responsabilidade e empolgação, sentindo-se lisonjeado, queria atender àquele pedido imediatamente. Só de nos contar o acontecimento, se acalmou um pouco e percebeu que não precisava responder à urgência do médico também urgindo. Assim pôde primeiramente ir ao banheiro, beber uma água e aí sim, saiu mais sereno para ir ao encontro do que lhe convocava. Logo J., que nos seus primeiros dias de plantão, quase um ano atrás, dizia sentir-se um fantasma na instituição. Esse era o fruto de seu trabalho. (DIÁRIO DE BORDO)

Assim, foi a partir das incessantes tentativas de oferecer essa escuta psicológica que notamos, pouco a pouco, uma transformação de nossa presença no HU. Ao longo desses semestres atuando dentro do hospital, pudemos perceber como o plantão psicológico foi ganhando seu próprio sentido, re-conhecendo os alcances e limites de sua prática nesse espaço.

Tais mudanças foram revelando à equipe do plantão algo parecido com o que Moretto e Prizskulnik (2014) descrevem como inserção do profissional psi no hospital. Na nossa experiência, ficou marcada a nítida diferença entre o início desse processo de inserção e a

²¹ Como o projeto de plantão psicológico segue o calendário do curso de graduação do IPUSP e está vinculado ao cumprimento de disciplinas optativas, ficava em suspenso nos períodos de férias (dezembro, janeiro e julho). Além disso, era comum que a cada semestre os estudantes que compunham o grupo mudassem. Diante disso, tínhamos a prática de, a cada início de semestre, passar por todas as alas do hospital nos reapresentando.

²² Uma sala de reunião nos era oferecida pelo hospital para que pudséssemos realizar nossas supervisões e guardar objetos pessoais. Um supervisor sempre estava presente nela, e, com o passar do tempo, esse lugar se tornou um ponto físico de referência do plantão nos períodos em que estávamos na instituição.

entrada do plantão no hospital, ocorrida pela primeira vez em 2007 e renovada a cada semestre desde então.

Essa diferença foi sendo marcada à medida que as equipes passaram a solicitar o plantão com maior recorrência, demonstrando compreender melhor a proposta do projeto. Ao mesmo tempo, observamos que as solicitações deixaram de ser apenas uma mera delegação de cuidado: havia uma crescente vontade da equipe de compor uma compreensão do “caso” que considerava a perspectiva do plantonista. Dessa forma, a gradativa aproximação das equipes multiprofissionais possibilitou um trabalho em conjunto mais efetivo e afinado às demandas que surgiam.

Ademais, com a crescente inserção no ambiente, foi possível o oferecimento de um cuidado mais abrangente, tal como pretendido desde o início pelo projeto de plantão. Entretanto, ainda que se possa falar do início de um trabalho de inserção, ainda enfrentamos, até hoje, dificuldades em ter nosso trabalho plenamente reconhecido, em implementar projetos mais robustos que dependam da mobilização de setores do hospital, da aquisição de salas e da reserva de horários. Tais impasses se revelaram também no cotidiano, visto que não fomos plenamente incluídos na participação das decisões da equipe, na elaboração de planos de cuidado aos pacientes e na construção e/ou modificação de fluxos e protocolos dentro do hospital. É preciso considerar que essas dificuldades foram consequências também do modo de atuação a que o plantão se propôs ao longo dos anos: presença de apenas duas vezes por semana no hospital — com uma permanência de horas diárias relativamente curta — e a não participação de reuniões institucionais, diferenciando-se da proposta de um serviço de Psicologia institucionalizado.

4.5 A SITUAÇÃO PANDÊMICA: É A PARTIR DA CRISE QUE SE ENCONTRA UMA SAÍDA

No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou como pandemia a COVID-19, uma doença viral, rapidamente transmissível e passível de evoluir gravemente o quadro clínico, o que exigiu condutas extremas de prevenção e de controle pandêmico, enquanto se estabelecia uma corrida pela vacina ao redor do mundo. Assim, muitos países declararam isolamento social e medidas de prevenção obrigatórias, como uso de máscaras e protocolos de segurança nos mais diversos estabelecimentos.

O afastamento social tornou-se essencial para o controle do contágio pelo novo coronavírus, aproximando a realidade digital daqueles que puderam permanecer em casa e ter

acesso à tecnologia. Esta, no entanto, revelou-se não ser uma possibilidade para todos. Seja por motivações sociais, sejam econômicas, muitos não puderam parar de trabalhar presencialmente, como funcionários de serviços essenciais ou aqueles cujo asseguramento financeiro estava em risco. Ao mesmo tempo que houve aumento do desemprego específico para um perfil majoritário, a demanda pelos serviços de saúde pública aumentou drasticamente, beirando o colapso, por diversos momentos, em muitas regiões do país e elevando a carga de trabalho ao limite, no caso dos profissionais de saúde.

Além disso, as desigualdades sociais se acirraram, agravando a precariedade residencial e o acesso à alimentação, à saúde e, claro, à tecnologia, cujo maior impacto incidiu sobre a educação, que se tornou remota em todos os seus níveis. Junto a isso, o país se viu em meio a uma crise política, com um governo federal pouco disposto a assumir ações frente à crise sanitária que se apresentava, negando preceitos científicos básicos, indo na contramão de medidas mundialmente estabelecidas, dizendo e des-dizendo informações cabais para a condução da situação e deixando grande parte da população desorientada, desamparada e desesperada diante do desafio que se impunha.

Nesse contexto, observando o desamparo da população e a gravidade da crise que se instaurava, membros do LEFE logo começaram a se mobilizar, junto ao Conselho Gestor do Centro Escola do Instituto de Psicologia (CEIP), para a elaboração de um projeto que pudesse oferecer uma alternativa aos atendimentos presenciais suspensos que ocorriam anteriormente no CEIP. Desenhado para respeitar as novas determinações do estado e da reitoria da USP quanto à suspensão dos estágios presenciais, o PAPO nasceu com o intuito de, através da escuta psicológica, auxiliar o sujeito a atravessar o momento da pandemia, acompanhando-o na urgência que demandava acolhimento imediato e não poderia esperar pela almejada “volta à normalidade”. A proposta do PAPO, então, era oferecer escuta pontual a distância, com psicólogos voluntários formados (colaboradores) que atendiam remotamente, por videochamada ou ligação telefônica, a quem procurasse o serviço. Os voluntários também eram acompanhados em supervisões semanais, a fim de garantir suporte a si. Contudo, é importante destacar que, para dar conta da procura, o projeto teve de restringir os atendimentos à comunidade USP.

Simultaneamente, foi necessário encerrar as atividades presenciais do projeto de extensão do plantão psicológico no HU. Mesmo assim, o hospital solicitou ao LEFE que houvesse a continuidade de algum apoio psicológico à instituição, que passava por um momento bastante crítico diante do avanço da pandemia. A partir desse pedido, iniciamos uma série de

reuniões e conversas com gestores e profissionais do hospital para que pudéssemos elaborar uma forma de lhes fornecer algum apoio.

Diante disso, aberto às particularidades dos inúmeros sujeitos que procurassem o serviço, o PAPO, em parceria com o LEFE, elaborou uma via específica para atender os profissionais de saúde do HU. No entanto, logo notamos, com o passar das semanas, um aumento exponencial de procura por diversos grupos da comunidade USP, como corpo discente e funcionários em geral, em contraste com uma busca sempre irrisória de profissionais de saúde do hospital²³. A partir disso, fomos percebendo que algo se repetia: o movimento de procura por atendimentos mantinha-se, assim como era experienciado no projeto presencial, muito baixo entre os profissionais de saúde do HU.

Paralelamente ao nascimento do PAPO, nosso grupo de estudantes que participavam do projeto HU do LEFE mantiveram-se ativos, promovendo encontros e discussões virtuais internas acerca do momento e de suas subseqüentes questões emergentes. Construímos, como grupo, um novo modo de funcionamento sem perder o contato com a instituição e as questões que lhe davam contorno.

Acompanhando o HU via comunicação com a gestão do hospital e alguns atendimentos a profissionais da linha de frente através do PAPO, ambos realizados pelas supervisoras do projeto, que eram psicólogas já formadas, o grupo pôde manter-se atuando junto ao hospital. Os estudantes de graduação, que, naquele momento, ainda não estavam autorizados a realizar atendimentos remotos, continuavam o estágio participando do redirecionamento dos atendimentos ao PAPO, da divulgação do projeto e da elaboração de novas propostas através das reuniões periódicas, as quais se mantiveram durante todo o período desta pesquisa. A continuidade da participação dos estudantes foi de extrema importância para a manutenção do trabalho cartográfico-clínico da instituição, que, com a pandemia, tornou-se muito diverso do modo como era realizado até então. Foram muitos os momentos em que nos questionamos se o que estávamos fazendo ainda poderia ser chamado de plantão e/ou de cartografia clínica. No

²³ É importante destacar que, durante a estruturação do PAPO, preocupamo-nos com acrescentar nos formulários de inscrição itens para identificar a qual grupo da comunidade USP o usuário pertencia. Assim, havia a possibilidade de identificar-se como funcionário do HU, o que nem sempre acontecia. Foi através das supervisões do PAPO que tomamos conhecimento de que havia alguns funcionários do hospital sendo atendidos pelo projeto, mas que não tinham sido registrados como tais nestas inscrições, o que dificultou consideravelmente uma análise quantitativa dessa procura. Mesmo assim, buscamos fazer um mapeamento estimado e chegamos à conclusão de que o número de atendimentos aos funcionários do hospital era irrisório, considerando o número absoluto de profissionais em atuação no hospital. A quantidade de atendimentos a esse público também se mostrou baixa, se comparada ao número de atendimentos a outros tipos de profissionais ou estudantes da comunidade USP. Além disso, a própria gestão do hospital relatava que, em sua percepção, muitos profissionais não buscariam o atendimento psicológico de fato, o que corroborou nossa impressão.

entanto, nesse constante debate, fomos nos perdendo e nos reencontrando com aquilo que é mais fundamental na prática psicológica em hospital, mas, principalmente, com as bases do plantão psicológico em sua radicalidade.

Ao nos vermos lançados na situação pandêmica e diante do necessário distanciamento social, definimos como horizonte principal de nossas ações não perder o contato com a instituição, fosse através dos atendimentos aos profissionais, fosse por outros meios, uma vez que a novidade da situação e a distância física convocavam a necessidade de manter a comunicação on-line viva.

Como logo após a suspensão do estágio presencial profissionais de saúde do HU em cargos de gestão entraram em contato conosco solicitando algum tipo de apoio, foi principalmente através desse contato que fomos nos mantendo minimamente próximos, buscando, através desse fio que se estabelecia entre os membros da gestão e o grupo de plantão, tecer possibilidades para atravessar a situação pandêmica. Ao mesmo tempo, ainda que timidamente, a gestão também requeria nossa ajuda para refletir sobre a condução das equipes nesse cenário trágico. Nas conversas conosco, por horas através de reuniões, por horas através de meios mais informais — como ligações de telefone ou mensagens de *WhatsApp* —, não diziam com muita clareza do que precisavam, mas diziam que os profissionais estavam muito angustiados com a pandemia e com os riscos que ela oferecia à saúde de todos. Ademais, fora do ambiente de trabalho, os profissionais enfrentavam o desgaste em sua vida pessoal, com readaptações de rotina, preocupações familiares, problemáticas sociais, entre outros — com o agravante de terem de continuar saindo para trabalhar e voltar para casa diariamente com a possibilidade de levar o vírus junto a si.

Quando contavam do cotidiano, naquele início turbulento de pandemia, mencionavam, muitas vezes, como aspectos extremamente práticos estavam gerando sofrimento e angústia nos profissionais da linha de frente. Em uma ocasião, uma gestora começou a contar que os hospitais começaram a se remanejar para receber e atender casos de COVID-19, e isso acabava por gerar um grande burburinho, carregado de ansiedade, dado que novos protocolos, novos modos de trabalho e novas equipes estavam sendo estruturados. Assim, somando o risco de contágio, o risco de morte e as grandes mudanças nos processos de trabalho, ela percebia que muitos estavam extremamente sobrecarregados, estressados, com medo etc.

Ao me contar como o hospital estava se organizando, começou a me falar que estranhava muito eles [profissionais do hospital] não estivessem buscando o atendimento, pois ainda os percebia muito abalados. Eu perguntei, tentando mapear se haviam outros recursos, se dentro da instituição eles estavam

fazendo rodas de conversa, se encontravam algum tipo de espaço para falar de suas angústias. Ela disse que não, que havia me buscado por isso. Que percebia muita angústia dos funcionários, mas não sabia como cuidar disso, o que fazer com isso. Perguntei então como ela sabia dessa angústia, em que momento ou como ela ia percebendo isso. E aí ela começou a contar que eles estavam fazendo reuniões diariamente com os funcionários, para a capacitação do uso dos EPIs (equipamentos de proteção individual), e que nelas ela notava muito desespero da parte deles, que nessas reuniões eles acabavam desabafando entre si e com ela. Fiquei em silêncio. Eles desabafam entre si e com ela, durante as reuniões de capacitação de EPIs. Deixei que essa fala ecoasse. Ela também se manteve em silêncio. Teria escutado o que acabou de me dizer? Após algum tempo eu disse: e você, faz o que com isso? Ela respondeu: eu deixo eles falarem, escuto, acolho, tento acalmá-los. Complemento: ‘E depois vem, pede por apoio psicológico para eles, vem aqui nos solicitar... o que mais você pode fazer?’. (DIÁRIO DE BORDO)

Passamos a nos dispor a escutar o que a gestão trazia em forma de queixa ou de pedido. No contexto da pandemia, não era mais possível se atentar à instituição estando nela presente e podendo compor a atmosfera de seus acontecimentos. Contudo, as conversas frequentes com a gestão davam o tom do que se passava por lá. A atenção psicológica foi se configurando como um estar disponível através dos aparelhos eletrônicos, atento às chamadas, às mensagens, ao tempo das conversas e ao tempo de latência entre elas. Configurou-se também por meio de intervenções diretas em relação àqueles que nos procuravam, ainda que, em um primeiro momento, colocassem-se como meros mensageiros, como no caso dos gestores.

Foi depois de alguns meses com o projeto on-line funcionando — mas com a busca pelos profissionais ainda baixa — que recebemos um e-mail da gestão ns agradecendo pelo apoio prestado. A surpresa e a estranheza diante daquele e-mail abriram a possibilidade de interrogar-se pelo sentido dele, e deixar-se tocar e conduzir por essa estranheza era um movimento muito similar à atenção psicológica que acontece *in loco*, na instituição.

Um e-mail de agradecimento sugere que estávamos realizando um apoio de algum tipo, que o que oferecemos serviu para algo. Se tal suporte servia a um funcionamento institucional, se servia a uma sensação de cumprimento de tarefas ou se servia, de fato, ao cuidado com os profissionais que estão em sofrimento, não tínhamos elementos suficientes para dizer àquela altura. No entanto, essa questão em aberto foi nos acompanhando durante outras conversas com a gestão e nas reuniões de grupo que fazíamos para ir repensando o projeto, que, apesar dos desafios, continuava vivo.

Como dito anteriormente, aqui podemos compreender o e-mail como vestígio da forma como a gestão lidou com o sofrimento dos profissionais de saúde. Se, muitas vezes, as gestões parecem buscar atenção psicológica e cuidado para os profissionais a fim de aplacar problemas

que surgem sem que seja necessário promover mudanças na estrutura institucional, tal pedido ao plantão pode colocar em questão esse modo de conduzir as questões que os profissionais levam à gestão.

O plantão busca habitar, portanto, essa fronteira entre o pedido institucional e a demanda dos profissionais: não assume prontamente o lugar de remediar os problemas que emergem, a fim de manter a instituição em seu funcionamento pleno — até porque a saúde dos profissionais é apenas uma das barreiras para que ela funcione da melhor maneira; mas, propiciando escuta aos profissionais e os acompanhando em seu cotidiano, permite que eles falem, que enunciem os problemas estruturais que precisam de atenção, podendo encaminhar queixas aos setores responsáveis. Ao mesmo tempo, falando, podem encontrar meios de encaminharem-se diante dos desafios que se impõem. Podendo seguir adiante, esses profissionais tendem a estar menos suscetíveis à paralisa característica do adoecimento.

Supondo dificuldades do acesso dos profissionais ao projeto de atendimento online, pela baixa procura, mas mobilizadas pelas falas da equipe sobre **a importância de ter o projeto** nos colocamos a pensar se era um espaço possível para esses profissionais, se eles tinham a possibilidade de fazer o atendimento online, se tinham interesse... Se tinham onde fazê-lo, se tinham tempo, lugar... Ao que ela interrompeu, pensativa: ‘Eles têm tudo isso’. Contou que os percebendo angustiados, buscou apoio do projeto. Quando eles iam a ela dizendo sofrer, indicava passo a passo para que se inscrevessem. Mas sempre lhe diziam que faltava algo para poderem buscar o atendimento, e ela sempre tentava oferecer alguma solução, mas sentia que nunca era o suficiente, sempre precisam de algo mais. Respondi, também refletindo sobre meu trabalho: ‘Parece que o que você tem a oferecer nunca corresponde ao que eles precisam, ao que eles pedem, demandam’. Ela então suspirou, dizendo que era difícil. Que tem outras coisas que eles pedem que ela não consegue oferecer. Que acham que porque ela é da gestão, pode tudo, mas que ainda tem muita gente acima dela. Que o que pode, tenta, mas que não é o suficiente. Digo, novamente, a nós duas: ‘Talvez não seja suficiente mesmo, o que não significa que não é importante. Talvez faça parte do trabalho, estar sempre em busca de alguma melhoria, algo que ajude, que mude, faça diferença. Não precisa ser algo que baste, porque talvez não seja possível cessar com os pedidos, solicitações, reclamações... O nosso projeto, eles dizem que é importante **tê-lo**. Podemos buscar modos de facilitar o acesso, mas o que eles nos dizem é que o importante é **tê-lo**’. (DIÁRIO DE BORDO)

A conversa com a gestora revela o caráter de cuidado da mera disponibilidade aberta e sustentada pelo oferecimento de escuta através do plantão. Se, em um momento anterior, encarávamos a não procura como um sinal de que o plantão não servia, de alguma forma, aos profissionais, nesse momento pudemos compreender que o modo como o plantão pode servir aos profissionais passa justamente por fazer-se um lugar disponível, ao qual o profissional pode

recorrer se e quando precisar. O movimento de oferecer-se disponível a realizar escuta a quem a procure se revela, mais uma vez, como um dos pilares fundamentais dessa prática. Tal compreensão se assemelha muito a uma metáfora construída por uma das plantonistas ainda na graduação, antes mesmo dessas vivências durante a pandemia. Ela dizia que lhe parecia que a ação do plantonista era como andar de bicicleta: antes de se pensar em qualquer caminho, é o pedalar contínuo que sustenta o ciclista erguido sobre duas rodas. E que, para além do sim e do não e de todos os rumos possíveis, era o movimento de oferta que primordialmente sustentava o plantão.

Em uma conversa com outra gestora, referência de cuidado com os profissionais da instituição, tanto pelo cargo que ocupa quanto pela sua disponibilidade de realizar ações nesse sentido, deparamo-nos novamente com essa possibilidade de compreensão acerca do lugar do projeto:

Após a nossas conversas, consigo ficar mais tranquila e também conversar melhor com os funcionários que me procuram em busca de conforto: sei que se precisar, tenho pra onde encaminhar. (DIÁRIO DE BORDO)

Esta fala da gestora abriu uma possibilidade de compreensão acerca da importância do projeto como um espaço de oferecimento de cuidado a esses profissionais. Em sua fala, isso já parecia ser de uma potência enorme para que as questões se encaminhassem dentro da instituição. Se o oferecimento de cuidado propicia a possibilidade de que alguém *in loco*, que é referência no cuidado com os profissionais da instituição, possa escutar melhor sua equipe, então está também abrindo caminhos para que os atores institucionais possam transitar pelo momento de crise e encontrar saídas ou ao menos uma pausa para retomar o fôlego.

Assim, quando um gestor de uma instituição, como esse do relato, pode beneficiar-se dessa escuta oferecida pelo plantão para desocupar-se, ainda que por um instante, de tarefas cotidianas que lhe são atribuídas (e que ele atribui a si mesmo), torna-se possível a experiência de abertura ao mundo e aos outros. É ampliando seus modos de se conduzir pela situação de crise que o gestor pode também escutar melhor sua equipe e direcionar-se a ela cuidadosamente. Nesse sentido, podendo conduzir ações institucionais de maneira mais própria, o gestor intervém diretamente na qualidade do ambiente de trabalho, tão determinante na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, e abre trilhas de trânsito pela situação crítica para as equipes. Alguns autores já relataram a importância da gestão na saúde dos trabalhadores (BAPTISTA, 2014; FELLI; BAPTISTA, 2016).

Para além disso, a fala desse gestor nos convoca a pensar no quanto as conversas de caráter institucional e nossa tentativa constante de pensar e de encontrar modos de apoio à instituição neste momento crítico se concretizaram como cuidado direto a essas pessoas que, ocupando um lugar de gestão, encontravam-se diante de uma grande responsabilidade.

Em trabalhos desenvolvidos dentro do LEFE, já aparecia a importância da atenção à instituição (AUN; MORATO, 2009), bem como de escutar aquele mesmo que traz a queixa ou o pedido ao plantonista, aproximando-se daquele que pede por apoio psicológico, permitimo-nos transitar por essa demanda que urge em momentos críticos. Poder abrir um espaço em que eles falem, antes de buscar soluções para o que trazem, é realizar uma escuta na oportunidade em que ela aparece. Assim, sustentar a possibilidade de oferecer um lugar de cuidado às instituições aparece, mais uma vez, na história do plantão, como uma de suas possibilidades mais fundamentais.

A escuta realizada a partir dessa disposição, de estar de plantão, demonstra como pode ser o cuidado em Psicologia, indo além do atendimento psicológico como um encontro enquadrado por algo predeterminado. É romper, mais uma vez, com uma compreensão ultrapassada de que o campo do psicólogo se restringe ao atendimento clínico individual, seja no consultório, seja nas instituições. É a necessidade urgente de repensar as práticas psicológicas para além da construção de dispositivos que buscam dar conta do sofrimento antes mesmo de escutá-lo. É trazer, com radicalidade, para junto de si o que Heidegger já nos ensinou sobre Cuidado.

Portanto, em meio à crise, pudemos ir construindo, ou melhor, atualizando uma compreensão de plantão que, muitas vezes, perde-se quando o transformamos em mais uma técnica. Quando nos referimos ao plantão como uma modalidade de prática que se faz em um, dois ou vinte encontros, que faz isso ou aquilo, desse modo ou daquele, perdemos de vista seu aspecto mais fundamental: esta prática remete, antes de tudo, a um modo de presença disponível que abre lugar para o Cuidado.

Seja nas tradicionais salas da clínica escolar, seja na mesa do canto do Departamento Jurídico, seja nos nossos próprios corpos no HU, seja no Conjunto Residencial da USP (locais de tradicional presença do plantão do LEFE), seja através das telas de computadores e celulares, nós, plantonistas, ao nos colocarmos a escutar, abrimos, junto ao outro, uma possibilidade para que falem, para que se detenham em si mesmos. É, pois, possível se fazer presente, mesmo não estando fisicamente no mesmo lugar. Como diria Heidegger (2010), proximidade não é pouca distância. Então, também não se trata de dizer que o encontro on-line é a mesma coisa que o

presencial, mas justamente de resguardar suas diferenças, pois a proximidade resguarda a distância. O plantão se realiza, enfim, a partir da presença disponível do plantonista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUNS ENCAMINHAMENTOS PARA A QUESTÃO INICIAL

A experiência em campo a partir de um projeto de plantão psicológico revela sua maleabilidade enquanto modalidade prática: foi indo a campo abertos, ao inesperado, que pudemos encontrar modos de oferecer escuta aos profissionais de saúde. A metodologia da cartografia clínica forneceu base para que pudéssemos nos deixar conduzir por aquilo que os próprios profissionais, sujeitos não assujeitados desta pesquisa, indicavam como possibilidades de cuidado na instituição.

Buscando transitar entre as possíveis compreensões da prática do plantão psicológico, fomos nos apropriando de nosso próprio fazer e abrindo brechas por entre os caminhos que vínhamos traçando. Desse modo, percorrendo esse caminho, foi possível notar mudanças importantes no modo de se colocar à escuta dos profissionais na instituição. Os diários de bordo presentes nesta dissertação trazem as experiências que foram possíveis no decorrer desse percurso. A prática não se assentou no que já se compreendia como caminho teórico, tampouco o precedeu exatamente. O que aconteceu foi que tanto a prática foi abrindo caminho para elaborações que poderiam se fazer a partir dela quanto essas elaborações reflexivas foram, por sua vez, abrindo caminhos possíveis na prática. Ora, não é nesse círculo hermenêutico que se faz fenomenologia?

Pudemos compreender que as mudanças que acompanhávamos na relação do plantão com os profissionais de saúde se aproximavam do que foi descrito como um trabalho de inserção. Este foi se mostrando imprescindível para que pudéssemos oferecer o plantão como espaço de cuidado aos profissionais de saúde. No entanto, se, por um lado, fomos nos aproximando e estabelecendo vínculos com os profissionais um a um, o que teve efeitos já importantes, por outro este trabalho contínuo, de inserção na instituição como abertura de um lugar para o qual os profissionais possam demandar saber e cuidado, ainda precisa ser aprofundado para que se possa implementar projetos de cuidado mais estruturados com os profissionais na instituição. A permanência do grupo por poucas horas semanais no hospital, a falta de articulação, ainda em construção, com as gestões e a não participação do grupo em reuniões de discussão de caso e nas decisões institucionais ainda se apresentam como barreiras para uma inserção mais bem estabelecida.

Assim, a presença de um grupo de psicólogos contratados e atuantes no hospital mostrou-se importante diante tanto da enxurrada de demandas que as equipes nos dirigiam, em relação à necessidade de um trabalho com pacientes e familiares, quanto das falas de alívio das

equipes quando chegávamos para o plantão. É importante destacar que, de maneira alguma, a presença do plantão cessa a presença de psicólogos vinculados diretamente à instituição hospitalar, pois estes respondem a demandas que fogem ao escopo daquele e vice-versa. Na ausência de uma Psicologia Hospitalar na instituição, o plantão escolhe deixar em aberto e ausente o lugar que ela poderia ocupar, numa ação clínica institucional e política.

Por um lado, a metodologia interventiva pela qual o plantão se propõe a estar na instituição revela sua capacidade plástica, permitindo-nos liberdade suficiente para a realização de uma prática aberta a caminhar de acordo com as fissuras abertas pelo funcionamento institucional — se compreendemos que parte dessa possibilidade plástica se deve a uma posição desocupada de tarefas e burocracias geralmente impostas pela relação de poder com a instituição. Por outro lado, compreendemos que um trabalho de inserção que pudesse, com maior participação institucional, penetrar nos espaços decisórios e participar do cotidiano dos profissionais se faz necessário para que avancemos em direção à elaboração de projetos de cuidado mais consistentes aos profissionais. Uma pergunta, então, se desvela a partir deste trabalho: como o plantão poderia sustentar um espaço próprio no hospital, em seu modo de trabalho diverso da prática psicológica hospitalar, mantendo-se como prática em situação, com liberdade para continuamente cartografar?

Para além dessa questão da possibilidade de elaboração de projetos institucionalmente mais reconhecidos, pudemos ir traçando um percurso que nos permitiu sustentar que o próprio ato de abrir escuta a esses profissionais já é uma ação de cuidado em si. Para que seja possível haver qualquer trabalho com os profissionais de saúde, sejam grupos, sejam projetos de atendimento individual continuado ou breve ou de plantão, é preciso, primeiro, abrir, junto a eles, a possibilidade da suposição de um lugar de escuta. Fomos compreendendo que isso se faz escutando, abrindo essa escuta no dia a dia. Do contrário, à medida que o psicólogo cede à uma demanda que, recorrentemente, opera entre as equipes — a de estar lá apenas para os pacientes e acompanhantes, restringindo suas interações com os profissionais a absolutamente técnicas e protocolares e não lhes abrindo escuta —, impossibilita seu trabalho na instituição. Uma vez que a escuta e cuidado aos profissionais não operam, o trabalho com os pacientes e ao acompanhantes tão logo se encontrará limitado.

Nesse sentido, é importante destacar que, na experiência de trabalho em instituições hospitalares diversas, podemos observar um número razoável de psicólogos que já compreende, de maneira tácita, a importância da prática de escuta aos profissionais como parte imprescindível do seu trabalho. No entanto, mesmo nesses casos, é comum que, não tendo

respaldo teórico nem institucional para realizar essa escuta, o psicólogo se sintia sozinho e sobrecarregado ao sustentar esse modo de trabalho. Em outros casos, principalmente para aqueles que estão iniciando seu percurso e tateando suas possibilidades dentro da instituição hospitalar, o que pode acontecer — e acontece, ousamos dizer, na maioria dos casos — é que, ao colocar limites para o desenvolvimento da escuta — se deve escutar, assim ou de outra forma, este ou aquele —, o psicólogo acaba se fechando ao ponto de não conseguir escutar nem mesmo os pacientes.

Afinal, escuta não é algo que abre e fecha ao bel prazer do psicólogo. Ela é aqui considerada como a possibilidade de sustentar essa abertura radical ao outro a partir da desocupação das tarefas que incessantemente são demandadas no mundo. Logo, se nos encontramos demasiadamente ocupados com a tarefa de definir previamente com quem ou quando realizar esta escuta, estaremos, certamente, indo no sentido oposto ao da abertura ao inesperado.

Para além dos pontos aqui já levantados sobre a escuta do psicólogo em contraposição a outros profissionais, este próximo aspecto não é menos importante: na maioria das vezes, o psicólogo clínico precisa sustentar para os outros membros da instituição a ideia de que se faz necessário um certo tempo para acontecer a demanda para o cuidado. Este tempo invariavelmente não depende da sua habilidade profissional ou das circunstâncias em que o encontro se dá, ainda que, obviamente, seja afetado por elas. Isso porque o psicólogo, libertando-se da tendência tarefeira da organização institucional, consegue fazer barreira a essa demanda de produtividade e abrir um espaço de escuta junto ao outro. Aqui se apresenta fortemente o risco de o psicólogo deixar-se absorver por essa lógica da produtividade. Um psicólogo produtivo tende a fazer de tudo, menos aquilo que somente ele poderia fazer: abrir um espaço de escuta em meio ao caos. Evidentemente, essa não é tarefa fácil, ainda mais em uma instituição hospitalar, onde, na maioria dos casos, o tempo é crucial e determinante para a vida dos pacientes. Todavia, há de se fazer manejos muito finos com isso para que seu trabalho possa, de fato, acontecer. A compreensão das gestões acerca dessa condição, para que o trabalho do psicólogo possa acontecer da melhor maneira, é crucial, pois como trabalhador, possuindo vínculo empregatício com o hospital, dificilmente o psicólogo conseguiria sustentar essa posição sozinho.

Assim, pudemos notar que o caminho para um possível trabalho de inserção na instituição não se dá a partir da criação de um projeto/dispositivo que abra um lugar para a escuta dos profissionais, mas pela ordem inversa: abrir escuta aos profissionais, no dia a dia,

sem a intenção de terapeutizá-los, possibilitaria que eles reconhecessem o plantão como um lugar de cuidado para si. Então, a partir disso, seria possível criar dispositivos de institucionalização desse lugar, a fim de garantir sua manutenção, como aconteceu na pandemia, por exemplo, através do PAPO. A disponibilidade do plantonista, aberto a escutar, mostrou-se como o aspecto mais fundamental neste trabalho. A disponibilidade de escuta é o que dá sustentação à estruturação do projeto de cuidado.

Essa disponibilidade para realizar a escuta no momento em que ela aparece como tem sido trabalhada no LEFE sob a expressão “escuta oportuna”, é uma possibilidade de realizar-se para quem e para além de qualquer molde previamente dado, fiando-se a partir da compreensão da abertura ao cuidado em seu tempo *kairológico*²⁴.

A disponibilidade radical do psicólogo/plantonista para escutar, nas palavras dos profissionais, seus afetos, para além das informações técnicas, é o que possibilita que, em um lugar onde a técnica e a matemática avançam sobre os sujeitos de maneira esmagadora, resista e re-exista um lugar de fala, de emissão e de manifestação do sujeito como Cuidado, como poder ser-aí, aí onde as possibilidades do mundo se abrem a cada vez.

Assim, a presença de psicólogos que sustentem seu trabalho na instituição, marcando uma posição epistemológica radicalmente diferente da do médico, mostrou-se fundamental para que outra possibilidade de relação com a técnica se mostre aos profissionais. Desse modo, poderiam, a partir da presença e da escuta do psicólogo, retomar o cuidado próprio e com o outro, mesmo que não se submetam a um processo terapêutico ou a um atendimento psicológico propriamente dito.

Nesse caminho, fomos construindo a compreensão de que trabalhar a partir de uma ética do cuidado é uma maneira de não se deixar engolir por completo pelo discurso de primazia do método científico em detrimento de outros saberes e práticas. A partir da possibilidade de fazeresse giro, se poderia devolver as tecnologias ao seu lugar de instrumento a serviço das ações decuidado. Com isso, a possibilidade de pensar as ações em saúde a partir de um trabalho de manejo das tecnologias que permitam a penetração do não técnico ao técnico fortaleceria mais ainda as potencialidades do método científico tanto quanto das dimensões clínicas e do cuidado nas ciências da saúde.

A presença de um psicólogo que possa fazer barreira ao avanço de um pensamento positivista e neoliberal da máxima da eficiência e do êxito técnico é uma via possível para a

²⁴ Os primeiros desenvolvimentos sobre escuta oportuna foram apresentados pela Profa. Henriette Morato no IV Congresso Luso Brasileiro de Práticas Clínicas Fenomenológico-Existenciais: das bases filosóficas às práticas e pesquisas em Psicologia (2020).

perpetuação de um modo de cuidado que vislumbre os sucessos práticos da prática em saúde. Isso tem efeitos decisivos não apenas no cuidado com a saúde dos pacientes, da população, mas também no cuidado com a saúde dos profissionais que, por meio de um descolamento da demanda da instituição, possam exercer seu trabalho de maneira mais apropriada, podendo articular sentidos e manter-se orientado pela construção contínua de projetos. A escuta psicológica, assim, não viria para eliminar ou converter o método de trabalho dos outros profissionais, mas, pelo contrário, para permitir que estejam ainda mais afinados com as especificidades de sua área de conhecimento. O trabalho do psicólogo, então, não visaria a uma intervenção única e definitiva que transformasse todo o funcionamento institucional, já ancorado em um modo de pensamento muito bem estabelecido desde a era moderna, mas a uma constante retomada de outras possibilidades de compreensão de mundo.

Podendo considerar outras compreensões de mundo e de humano para seu saber-fazer cotidiano, o profissional de saúde pode empreender suas ações não mediante uma substituição do outro, para que nele técnicas possam ser aplicadas, mas a partir de uma anteposição, na qual o profissional oferece ao outro os recursos disponíveis. Não tomando o outro como objeto, o profissional cuidador Cuida de si e do outro, isto é, sustenta junto ao outro um tempo e um espaço onde ambos possam ser as possibilidades que são. Assim, direciona-se ao outro de modo, por assim dizer, mais humanizado, ou melhor, mais propriamente humano, ao mesmo tempo que pode se reconhecer humano. Reconhecendo-se humano, pode ter dúvidas, falhar, sentir, falar sobre tudo isso. Pode, com isso, aprimorar, criar, construir e reconstruir sua prática de maneira inventiva, produzindo sentido para o seu ofício.

Se, na apresentação desse trabalho, relato a situação vivida em minha família, na qual aprendi com minha mãe que essa espera serena, que aguarda e aposta na potencialidade do outro, pode surgir a partir do amor, aqui propomos que, no campo da saúde, as relações entre profissionais e pacientes possam advir da compaixão. Compaixão aqui é compreendida não como sofrimento pelo outro, mas como disposição a estar junto a, cada um com seus recursos, em direção a saídas diante da dor ou adoecimento. Nesse caso, podendo estar junto compreendendo a dor, mas sem deixar-se tomar pela dor que é própria do outro, se poderia experimentar as relações com os pacientes de modo menos desgastante, sem precisar se tornar indiferente. Assim, estar com, em uma situação repleta de angústia, continuaria sendo um desafio, mas não uma situação insustentável.

A compreensão de um modo de se posicionar antepositivamente diante do outro, como modo de cuidado, já é um posicionar-se para além da técnica, abrindo fenda na lógica

individualista e produtivista. Então, a ação de oferecer cuidado como anteposição, a partir do plantão psicológico, mostrou-se uma ação clínica, ética e política, na medida em que se desvela na busca por abrir um espaço em que o sujeito possa assumir radicalmente seus modos de ser. Podendo assumir sua própria indeterminação, pode se libertar, na medida do possível, dos excessos exigidos por uma sociedade extremamente técnica e neoliberal, que prega que tudo pode ser resolvido através de uma boa autogestão.

Ao mesmo tempo, o giro hermenêutico, promovido pela assunção radical de ser indeterminado, falho e aberto a possibilidades, pode deslocar o sujeito do sofrimento de sentir-se insuficiente para o mundo para a compreensão de que talvez o mundo seja insuficiente para si. Frente a isso, o sujeito poderia deixar esse movimento de persistir em queixas vazias e ressentidas a partir da sensação de um sofrimento difuso, para ir construindo um movimento de, abrindo-se ao sofrimento, inerente ao humano, endereçar suas demandas de maneiras mais assertivas. Orientado por buscar incessantemente aquilo que lhe falta, poderia mover-se em direção a um projeto de vida que lhe permitisse reatualizar sentidos a cada vez. Uma possibilidade aberta por essa mudança de posição em relação ao próprio sofrimento poderia nortear-se por perseguir melhores condições de vida e de trabalho, não mais culpando os pares, colegas do cotidiano, mas intencionando convocar instituições e estruturas de poder realmente capazes de promover mudanças mais coletivas.

A partir do trabalhador de saúde que atua na assistência, fomos construindo essa possibilidade de, pela assunção de si como Cuidado, poder endereçar demandas e ocupar um lugar de sujeito da construção das práticas e da organização institucional. Por parte das gestões, fomos notando a urgente necessidade de que essas possam abrir possibilidades para que os trabalhadores de saúde tenham espaço e autonomia para inventar e reinventar a cada situação os modos de realizar seu trabalho na prática.

As instituições, por sua vez, diante do número crescente de casos de adoecimento de profissionais, de *burnout* e outros modos de sofrimento cristalizado nos ambientes hospitalares, precisam rever os modos de organização institucional, a fim de garantir melhores condições de trabalho. Isso, segundo o que pudemos desenvolver nessa pesquisa, só poderia ocorrer a partir de uma mudança na lógica que rege o funcionamento institucional, que, atualmente, na maioria dos casos, busca atender a parâmetros (também de superexploração) do mercado. As melhores condições de trabalho poderiam promover, para o profissional, outras possibilidades para que ele pudesse encontrar, tanto no trabalho quanto fora dele, sentidos para seus projetos de vida, lançando-se a um futuro que lhe seja mais próprio, podendo produzir sentido.

A colonização da racionalidade técnico-científica, intrincada nos ideais neoliberais e de produtivismo, revelaram ter impactos fundamentais nos modos como os profissionais automatizam cada vez mais suas ações. Diante da alta demanda que os profissionais enfrentam em suas vidas, tendem a buscar modos mais automáticos de realizar seu trabalho. Distanciando-se gradativamente das dimensões mais criativas e comprometidas, que exigem tempo e disposição, vão se automatizando para aliviar uma carga excessiva de trabalho. O que se observa, portanto, são profissionais que vão buscando se desfazer do campo das decisões implicado em suas ações, aderindo a automatizações, sempre à mão no ambiente hospitalar, através dos procedimentos e protocolos. Em busca de alívio da grande pressão que vão sentindo em seu ofício, acabam se afastando de um modo mais próprio de realizá-lo. Vão se afastando da possibilidade de se lançar na vida a partir de projetos com sentido. Ao desimplicar-se em busca de alívio, padecem em um cotidiano acinzentado, vazio e desgastante.

A instituição também tende a corroborar esse movimento. Ao perceber a sobrecarga de seus atores, e sem poder mexer nas estruturas da instituição, as gestões estão inclinadas a buscar medidas paliativas que invariavelmente incluem ações educativas que podem culpabilizar e sobrecarregar ainda mais o profissional, acrescentando-lhes deveres e tarefas. Ou, ainda, buscam institucionalizar o automatismo através de protocolos mais complexos e rígidos para que os funcionários não falhem, mesmo quando em piores condições de exercer suas funções.

Assim, melhores condições de trabalho teriam também impacto importante nos modos de cuidado que esses profissionais podem oferecer. Como vimos, o tempo, cada vez mais suprimido pela lógica de produção capitalista que invade o campo da saúde, é parte fundamental das possibilidades de abertura para o cuidado. O ritmo frenético que a organização do trabalho no hospital impõe revelou-se prejudicial não só para a população que dele faz uso, mas também, e principalmente, para os profissionais de saúde que nele atuam. Dessa maneira, fundamentados nessas elaborações, apontamos para um horizonte no qual o fazer em saúde pode se realizar no tempo do sujeito, do cuidado, não no tempo da produção em massa, trazida das fábricas da Revolução Industrial para o hospital moderno.

A maioria dos trabalhos acerca da saúde do trabalhador entende a apatia, o cinismo e a diminuição do engajamento como sintomas de um adoecimento decorrente da sobrecarga. O que foi observado no presente trabalho, entretanto, é que, ao contrário, a apatia, o cinismo e a diminuição do engajamento, na verdade, aparecem como tentativas (muitas vezes, ativamente buscadas pelos profissionais) de se proteger da alta demanda de trabalho. Por conseguinte, o crescente distanciamento afetivo na relação com o trabalho, somado à impossibilidade de deixá-

lo, é o que os leva ao adoecimento, entendido como cristalização do sofrimento, diante do qual não encontram saídas.

Sobre a impossibilidade de deixar o trabalho, é importante ressaltar que a relação de encarceramento no trabalho, promovida por um mercado sempre mais competitivo, que coloca o desemprego como ameaça constante por medidas neoliberais que cada vez menos resguardam os direitos do trabalhador e pelas longas jornadas de trabalho, acaba sendo fonte de desgaste para os trabalhadores. Passar grande parte do seu dia dedicando-se apenas ao trabalho, sem encontrar outros espaços de interesse em sua vida, colabora para que os problemas nesse ambiente sejam ainda mais determinantes para o adoecimento laboral. Em outras palavras, é comum, na sociedade atual, que aqueles que se dedicam quase exclusivamente a atividades laborais sintam que a vida toda vai mal quando o trabalho vai mal. A possibilidade de deixar um emprego quando ele implica danos, muitas vezes irreversíveis, à saúde deveria ser um direito, não um sinal de insucesso. Quais as possibilidades e os limites de uma escuta cuidadosa diante de problemas tão concretos? Seria possível a transposição dessa realidade a partir de uma apropriação das condições dadas? São perguntas que permanecem em aberto.

Outro ponto importante suscitado nesta pesquisa foi a possibilidade das diversas áreas que compõem o campo das ciências da saúde irem se afinando, cada vez mais, àquilo que é sua especificidade do que se aproximando daquilo que é especificidade da Medicina, como vemos acontecer na maioria dos casos. Um movimento de descolonização das ciências biomédicas parece essencial para que seja possível a experiência de um grupo realmente interprofissional, garantindo maior autonomia e participação dos diversos profissionais nos campos de decisão das práticas em saúde.

Nessa direção, destacamos também o impacto de um crescente investimento massivo em tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves, crescimento este derivado da invasão da lógica de produção e da busca por eficiência nas áreas da saúde. A pandemia da COVID-19, junto a outros fenômenos que vemos avançar com força nos últimos anos, aponta para os riscos desse desequilíbrio. O seu auge crítico foi atingido quando passamos a observar, em algumas regiões ao redor do globo, um fenômeno tão trágico quanto emblemático: o movimento antivacina. Tal movimento ganhou proporções enormes a partir do rápido desenvolvimento de vacinas para o combate do coronavírus e revelou a importância da revisão do que é considerado avanço científico atualmente. O fenômeno deixa claro que o avanço técnico, quando não atinge as populações para as quais deveriam se destinar, pode muito pouco. A deslumbrante velocidade com que as vacinas puderam ser desenvolvidas e a grande

eficiência — comprovada — no desaceleramento de contágios e mortes pelo vírus apresentaram grande contraste à resposta das populações de alguns países, que se recusaram, em larga escala, a se vacinar.

Uma leitura possível de um dos aspectos desse complexo fenômeno, a partir do que trabalhamos nesta pesquisa, vai na direção de que a ciência que avança em suas tecnologias duras, sem avançar nas tecnologias leves, tende ao fracasso quando não alcança o alvo de suas ações. O Brasil, neste caso, aparece como um feliz exemplo da potência do investimento em tecnologias leves. Desde a implementação do SUS, vimos um árduo trabalho em saúde pública, prevenção e promoção ser desenvolvido. Esse trabalho, que envolveu uma ampla disseminação da cultura de vacinação na população brasileira por anos a fio, mostrou, neste momento crítico da pandemia, sua força. Mesmo diante de uma política federal pouco favorável às vacinas, que, por diversas vezes, dificultou o acesso das pessoas à vacinação, a população brasileira foi uma das que, ao redor do globo, mais se vacinou, demonstrando o forte vínculo com essa política de saúde que superou a autoridade de um governo falho e pouco confiável.

Diante disso, as formações em saúde também aparecem aqui como determinantes para a proposta de uma torção do que se estabeleceu como prioridades das ciências da saúde. Observamos como estas têm tido papel fundamental na construção de profissionais cada vez mais orientados pela técnica do que pela ética, bem como têm colaborado para uma compreensão de que os profissionais serão mais reconhecidos à medida que forem mais especializados, levando-os a priorizar os estudos e as pesquisas acerca das tecnologias mais duras. Nessa perspectiva, maiores reflexões acerca da dimensão do cuidado nas formações em saúde aparecem como uma possibilidade de desdobramento desta pesquisa, apontando a necessidade de reflexões acerca do tema serem incluídas nos cursos de graduação na área da saúde, como já alguns estão começando a fazer.

REFERÊNCIAS*

- ALMA-MATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** (Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- AUN, H. A.; MORATO, H. T. P. Atenção psicológica em instituição: plantão psicológico como cartografia clínica. *In: SILVARES, S. E. F. M.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. A.; PRISZKULNIK, L. (ed.). Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução.* Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2009. p. 121-138.
- AUN, H. A. **Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores.** 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação.** São Paulo: Hucitec, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BAPTISTA, A. T. P. *et al.* Adoecimento de trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-7, 2018.
- BAPTISTA, P. C. P. *et al.* Saúde dos trabalhadores de enfermagem e a segurança do paciente: o olhar de gerentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, esp. 2, p. 122-128, 2015.
- BAPTISTA, P. C. P. *et al.* Using technological innovation as a tool to monitor nursing workers' health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1621-1626, 2011.
- BAPTISTA, P. C. P. **Incapacidade no trabalho: a compreensão de gerentes de enfermagem.** 2014. Tese (Doutorado em Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BAPTISTA, P. C. P.; MERIGHI, M. A. B.; SILVA, A. Angústia de mulheres trabalhadoras de enfermagem que adoecem por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 438-444, 2011.

* De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BARRETO, C. L. B. T. A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias na ação clínica. *In: CABRAL, B. E. B. et al. (orgs.). Prática Psicológica em Instituições: Clínica, Saúde e Educação.* Curitiba: CRV, 2017. p. 39-49.

BORGES, E. M. N. *et al.* Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 1-6, 2019.

BRAGA, T. B. M.; MOSQUEIRA, S. M.; MORATO, H. T. P. Cartografia clínica em plantão psicológico: investigação interventiva num projeto de atenção psicológica em distrito policial. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 555-569, 2012.

CABRAL, B. E.; MORATO, H. T. P. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. **Interlocuções: Revista de Psicologia da UNICAP**, Recife, v. 3, n. 1-2, p. 155-176, 2003.

CASANOVA, M. A. **Mundo e historicidade: leitura fenomenológica de Ser e Tempo: volume um: existência e mundaneidade.** Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

CAUTELLA JÚNIOR, W. **Do inominável à pro-dução de sentido: o plantão psicológico em hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico.** 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CHEW-GRAHAM, C. A. *et al.* ‘I wouldn’t want it on my CV or their records’: medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. **Medical Education**, v. 37, p. 873-880. 2003

COSTA, A. C. H. **Entre aprender e ensinar, supervisão de campo: possibilidade de palavras para ser, pertencer e multiplicar na atenção psicológica.** 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

CRITELLI, D. M. **Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FEIJOO, A. M. L. C. **Metà-hodós: da fenomenologia hermenêutica à Psicologia.** **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 329-339, 2018.

FELLI, V. E. A.; BAPTISTA, P. C. P. Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador de Enfermagem. *In: KURCGANT, P. (org.). Gerenciamento em Enfermagem.* 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 86-102.

FIGUEIREDO, L. C. **Escutar, recordar, dizer.** Encontros heideggerianos com a clínica psicanalítica. São Paulo, SP: Editora Escuta/Educ, 1994.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In: Microfísica do Poder.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017. p. 171-190.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde.** Tradução: Antônio Luz Costa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I**. 4. ed. Tradução: F. P. Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008 [1986].

GONÇALVES, F. G. A. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-525, 2014.

GRONDIN, J. *Hermenêutica*. São Paulo: Parábola Editorial, 2012.

HEIDEGGER, M. A questão da técnica. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 5, p. 375-398, 2007.

HEIDEGGER, M. (2010). **Ensaio e conferências**. 8. ed. Tradução: E. C. Leão, G. Fogel e M. S. C. Schuback. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2010.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 10. ed. Tradução: M. S. Cavalcante. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

IANNI, A. M. Z. Sobre a aplicabilidade da teoria de Ulrich Bech à realidade brasileira: situação de saúde e ação política. **Revista Estudos de Sociologia**, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 471-490, 2010.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

KUNDERA, M. **A insustentável leveza do ser**. Tradução: Teresa Bulhões Carvalho da Fonseca. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LÉVY, A. Violência, mudança e desconstrução. *In*: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. (org.). **Cenários Sociais**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 75-89.

LIMA, D. D.; YEHIA, G. Y.; MORATO, H. T. P. Os “sentidos” da escuta fenomenológico-existencial. *In*: SILVARES, S. E. F. M.; ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B. A.; PRISZKULNIK, L. (ed.). **Aconselhamento Psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial: uma introdução**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2009. p. 180-191.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004. p. 108-137.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 1-9, mar./abr. 2011.

MORATO, H. T. P. Reflexões acerca da saúde: implicações para o desassossego humano contemporâneo. *In*: DUTRA, E. (org.). **O desassossego humano na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018. p. 167-197.

MORATO, H. T. P. Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer poder ou precisar? *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÃO*, 6., 2006, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santos, 2006.

MORATO, H. T. P. Por entre plantão psicológico e ação cartográfica clínica pelos “Caminhos de Floresta”. *In: CABRAL, B. E. B. et al. (org.). Prática Psicológica em Instituições: Clínica, Saúde e Educação*. Curitiba: CRV, 2017. P. 19-37.

MORATO, H. T. P. Prática psicológica em instituições: ação política. *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÃO*, 8., 2008, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. p. 1-19.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo: Zagodoni, 2019.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.

NUNES, A. P.; MORATO, H. T. P. Entre aprendizagem significativa e metodologia interventiva: a práxis clínica de um laboratório universitário como aconselhamento psicológico. *In: MORATO, H. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (org.). Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 89-100.

PERNICIOTTI, P. *et al.* Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde. **Revista da SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 35-52, jan./jun. 2020.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. A hermenêutica heideggeriana na pesquisa em clínica. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 192-211, ago. 2018.

REMIJO, K. P. **Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário: construindo um perfil epidemiológico**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

ROGERS, C. As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. *In: WOOD, J. et al. (org.). Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994. p. 155-177.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SÁ, R. N. **Para além da técnica**: ensaios fenomenológicos sobre psicoterapia, atenção e cuidado. Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

SILVA, V. E. F.; KURCGANT, P.; QUEIROZ, V. M. O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 4, p. 603-614, out./dez. 1998.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SOUZA, C. G. V. M. *et al.* Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 269-280, jul./set. 2019.

TORRES, J. D. R. V. *et al.* Fatores associados à Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**, [S. l.], v. 20, p. 178-193, 2020.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Resolução nº 7344, de 30 de maio de 2017. Dispõe sobre os Parâmetros de Sustentabilidade Econômico-financeira da USP. **Diário Oficial do Estado**, 01 jun. 2017. Disponível em: <http://www.leginf.usp.br/?resolucao=resolucao-no-7344-de-30-de-maio-2017#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20Par%C3%A2metros%20de%20Sustentabilidade%20Econ%C3%B4mico%2Dfinanceira%20da%20USP.&text=%C2%A7%201%C2%BA%20%E2%80%93%20O%20planejamento%20plurianual,financeira%20fixados%20por%20esta%20norma>. Acesso em: 28 set. 2021.

WOOLF, V. **Mrs. Dalloway**. London: Alma Classics Ltd., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Atlas of the Health Workforce**. The World Health Report, 2006.