



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**ALINE TAVARES MACHADO SILVA**

**LAÇOS AFETIVOS NA UTI: a visita que fala de uma identificação**

São Luís

2017

**ALINE TAVARES MACHADO SILVA**

**LAÇOS AFETIVOS NA UTI: a visita que fala de uma identificação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Maranhão, como cumprimento para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jadir Machado Lessa.

São Luís

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Tavares Machado Silva, Aline.

Laços afetivos na UTI: a visita que fala de uma  
identificação / Aline Tavares Machado Silva. - 2017.  
53 f.

Orientador(a): Jadir Machado Lessa.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, São  
Luís, 2017.

1. Laços afetivos. 2. Política de humanização. 3.  
Processo saúde-doença. 4. Psicologia hospitalar. 5.  
Unidade de Terapia Intensiva. I. Machado Lessa, Jadir.  
II. Título.

**ALINE TAVARES MACHADO SILVA**

**LAÇOS AFETIVOS NA UTI: a visita que fala de uma identificação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Maranhão, como cumprimento para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em / /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa (Orientador)

Doutor em Psicologia

Professor Adjunto da UFMA

---

Prof. Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Doutora em Ciências da Saúde

---

Prof. Dra. Cristianne Almeida Carvalho

Doutora em Psicologia Social

Aos meus avós, em especial a minha avó, Teresinha de Jesus Carvalho Tavares (in memorium), de quem pude me despedir durante as visitas realizadas a UTI do Hospital São Domingos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela benção da vida.

Aos meus pais, Rosângela de Carvalho Tavares e Matias Machado, pelo desejo de me terem como filha, pela aposta constante e por terem me dado liberdade e responsabilidade para fazer minhas escolhas e ser quem eu sou hoje. Se não fossem vocês, eu não existiria!

A minha “boadrasta” Ivete Maria Gomes de Carvalho, pela dedicação e por sempre se fazer presente na minha vida e na dos meus filhos. Obrigada por tudo!

Ao meu marido Robson Luís e Silva, pela cumplicidade, pelo amor e lealdade constantes e por ter sido um grande incentivador do meu percurso de mestrado.

Aos meus filhos Luís Felipe Machado Silva e Maria Luiza Machado Silva, por iluminarem e darem um colorido especial a minha vida com tanto amor e carinho.

A minhas irmãs Cristiane Tavares Machado e Manoela Tavares Machado, pelos laços afetivos que nos unem eternamente, apesar da distância. Amo vocês!

Ao meu orientador professor Jadir Machado Lessa, pela disponibilidade, interesse e implicação dispensada à conclusão deste trabalho. Muito obrigada!

Aos professores que aceitaram participar da banca de qualificação e defesa da dissertação.

A minha turma: a segunda turma de pós-graduação em Psicologia da UFMA, por ter me proporcionado uma convivência harmoniosa e prazerosa, marcada por trocas constantes de aprendizado e afeto durante todo o percurso do mestrado. Saudades!

Aos professores do mestrado, pelos valiosos ensinamentos compartilhados.

Aos familiares, amigos e colegas de trabalho pela disponibilidade e confiança dedicadas.

Ao então diretor do Hospital Municipal Djalma Marques - Socorrão I, Dr. Ademar Branco Bandeira, por ter autorizado a minha licença de um ano para capacitação profissional, condição indispensável para que eu pudesse concluir com êxito as disciplinas presenciais do curso de mestrado. Muito obrigada pela atenção dispensada!

As amigas Priscila Viégas e Leryane Lima pela ajuda imensurável na normalização de trabalho.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse projeto se concretizasse.

“No desastre do simbólico, flutua o imaginário do corpo”.

Jacques-Alain Miller

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo pesquisar o que motiva afetivamente alguém a comparecer à visita de pacientes da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) de um hospital público. Para tanto foi utilizada uma pesquisa bibliográfica com revisão de literatura sobre estudos que tratavam sobre processo saúde e doença, afeto, além de pesquisas em fontes documentais, dispositivos legais e outros marcos regulatórios referentes à Saúde Pública, onde se inclui a Política de Humanização, que veio regulamentar a presença de uma equipe interdisciplinar nos hospitais, o que possibilitou e legitimou o lugar do psicólogo nos mais diversos serviços da área da saúde, dentre eles a UTI. Os estudos contaram com uma análise qualitativa desses conceitos, objetivando retratar um pouco da realidade dos visitantes que se deparavam com o universo da Unidade de Terapia Intensiva e, conseqüentemente, direta ou indiretamente, com a iminência da morte de alguém conhecido, concluindo que o encontro afetivo proporcionado por esse momento da visita hospitalar desencadeia para ambos: pacientes e visitantes, as mais diversas reações emocionais.

**Palavras-chave:** Psicologia hospitalar; Processo saúde-doença; Política de humanização; Unidade de Terapia Intensiva; Laços afetivos.

## ABSTRACT

This study aimed to investigate what motivates someone affectively to attend the ICU (Intensive Care Unit) patient visit of a public hospital. Therefore, it used a search in the literature to review the literature on studies that addressed disease process and health, affect, and research in documentary sources, legal provisions and other normative frameworks related to public health, which includes the Humanization Policy, which came to regulate the presence of an interdisciplinary team in hospitals, which allowed and legitimized the place of psychologists in various sectors of medical specialties, including the ICU. The studies included a qualitative analysis of these concepts, with the aim of portraying a little of the reality of the visitors who clashed with the universe of the Intensive Care Unit and, consequently, directly or indirectly, with the imminence of death Of someone you know.

**Keywords:** Hospital Psychology; Health-disease process; Humanization policy; Intensive care unit; Union.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>A saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde como Política Pública de Saúde.....</b>	<b>21</b>
2.1.1	A humanização.....	26
<b>2.2</b>	<b>O Psicólogo como um Agente de Saúde.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>SOBRE AS RELAÇÕES AFETIVAS NA UTI .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>O movimento existencialista e a noção de encontro afetivo.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>42</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho partiu do interesse em pesquisar o que motiva afetivamente alguém a comparecer à visita de pacientes da UTI de um hospital público.

No contexto hospitalar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitoramento contínuo, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Ela fornece suporte e tratamento intensivo, propondo monitoramento completo, vigilância por 24 horas, equipamentos específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao uso terapêutico. Por outro lado, ameniza o sofrimento do paciente, independente do seu prognóstico.

Esse local, por ser um ambiente de alta complexidade, é reservado e único no ambiente hospitalar. Cada leito contém monitores cardíacos, cama elétrica projetada, oximetria de pulso e rede de gases. A Unidade de Terapia Intensiva destina-se à internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade, que sofrem de diferentes doenças, dentre elas: infarto agudo do miocárdio, desconforto respiratório, acidente vascular cerebral, hipotensão arterial refratária, traumas e pós-operatório, que são as mais comuns. As UTIs desde a década de 1930 transformaram o prognóstico, reduzindo os óbitos em até 70%. Hoje, todas as especialidades utilizam-se das Unidades Intensivas, principalmente, para controle de pós-operatório de risco (FERRARI, 2014).

Segundo Cheregatti e Amorim (2010) todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais.

Ademais, a legislação específica correspondente à portaria nº 3432/MS/ GM, de 12 de agosto de 1998, informa a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e a necessidade de se estabelecerem critérios de classificação, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização de recursos e a área física disponível.

Desta forma, a normatização para projetar uma UTI ou modificar uma unidade já existente no hospital, passou a existir conforme as normas dos agentes reguladores de saúde e a experiência dos profissionais da terapia intensiva que estão familiarizados com as necessidades específicas de cada paciente. Consoante Cheregatti e Amorim (2010) tal projeto deve ser avaliado por um grupo multidisciplinar que deve analisar a demanda específica de

acordo com a origem dos pacientes, com os critérios de admissão e alta e a taxa de ocupação esperada.

Esse grupo multidisciplinar, ou melhor, essa equipe de atendimento multiprofissional e interdisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, lembrando que a equipe médica e de enfermagem especializada que compõe esse grupo é chamada de intensivista.

As Unidades de Terapia Intensiva atendem grupos específicos de acordo com as faixas etárias e especialidades. Logo, elas poderão ser classificadas em:

- Neonatal, que atende pacientes de 0 a 28 dias;
- Pediátrica, que atende pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas da Instituição;
- Adulto, que atende pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas internas da Instituição;
- E especializada que é voltada para pacientes atendidos por determinadas especialidades ou pertencentes a um grupo específico de doenças.

A que utilizamos como referência para o nosso estudo constitui-se em uma UTI Adulto.

A partir da minha prática profissional como psicóloga hospitalar na UTI adulto do Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I, há seis anos, pude me deparar com diversas situações advindas do acompanhamento que realizo aos visitantes dos pacientes internados neste ambiente hospitalar diferenciado, que visa à manutenção da vida e a recuperação de pacientes graves ou potencialmente graves, pois é nesse ambiente de dor que os visitantes vivem seus afetos.

Segundo Knobel (2010), médico referência na área, autor do best seller “Condutas do Paciente Grave”, o segundo livro na área médica mais vendido no Brasil: “é lá que as verdadeiras batalhas pela vida são travadas com maior intensidade”, tendo em vista que para ele, dentro de um hospital, não existe espaço mais dramático do que a UTI, pois “[...] qualquer deslize, o menor infortúnio, o mais insignificante capricho da natureza pode significar o final de tudo”. Mas também acrescenta que definitivamente, ali também, demonstra-se amor de todas as formas, (ou não, como pudemos perceber através de algumas falas de alguns visitantes da UTI), descobrem-se curiosidades, dentre outras situações inusitadas, já que pelos seus corredores se veem disputas por heranças, brigas por partilha de bens, parentes se conhecendo na sala de espera, quando, no leito de UTI, está o doente que

mantinha uma família extraoficial e ninguém sabia, assim como amigos e familiares se reencontrando depois de muito tempo.

E foi na condução de um projeto de ação chamado “UTI Acolhedora”, executado por mim, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, durante o horário de visita da UTI de um hospital público de urgência e emergência de São Luís, que algumas questões problematizadoras me compareceram:

Por que alguns se sentem convocados a participarem das visitas e outros não? Por que em alguns casos é sempre a mesma pessoa? Por que em outros casos não aparece ninguém? Estaria tal motivação dizendo de um laço afetivo construído em momento anterior ao momento da internação em si? Pensando por este viés, poderíamos relacionar os laços afetivos dos visitantes de UTI a uma dinâmica de identificação que acontece entre eles e o paciente?

Tais questões, assim como outras advindas da minha prática profissional como psicóloga hospitalar, incentivaram-me a pesquisar o que motiva afetivamente alguém a comparecer à visita de pacientes da UTI de um hospital público, tendo em vista que a internação em uma UTI é algo que desestabiliza não só o paciente internado, mas também seus familiares, amigos e demais visitantes, devido ao momento de sofrimento intenso e de estresse constante em que todos, ou melhor, quase todos, encontram-se inseridos, tendo que lidar com a doença, com a morte e com o imprevisível de um caso de urgência e emergência; e mesmo nesse ambiente de dor, vivenciar seus afetos.

Logo, de uma forma geral a internação hospitalar pode ser pensada como um momento de crise tanto na vida dos pacientes, quanto de seus acompanhantes e visitantes, devido à interrupção ocasionada em suas vidas e em suas rotinas, que além de limitarem a vida social dos mesmos, geram muito sofrimento psíquico.

Para o paciente a internação hospitalar é influenciada por algumas características específicas que interferem diretamente no seu estado emocional, tais como: clima de morte iminente, estresse constante, isolamento das figuras que geram segurança e conforto, relação com aparelhos intra e extracorpóreos, perda da noção de tempo e espaço, perda da privacidade e da liberdade, despersonalização e participação direta ou indireta no sofrimento alheio. (CAMON, 2010).

Por outro lado, o impacto do adoecimento e da internação, em um setor do hospital onde as características supracitadas são sentidas de forma mais intensa, pode desencadear nos visitantes de UTI as mais diversas reações afetivas e emocionais.

Dessa forma, a UTI constitui-se como um espaço de vulnerabilidade emocional também para os visitantes, que precisam confiar na equipe e na possibilidade de resolução dos sintomas de seus pacientes, sem garantias de bons resultados.

Sendo assim, ambos, pacientes e visitantes precisam compreender a UTI como etapa fundamental para a superação da doença; e colaborar para mudar a perspectiva tradicional de cuidado centrado na doença, independente do prognóstico, para uma abordagem cujo núcleo está no relacionamento entre o paciente, o visitante e a equipe de saúde.

Em se tratando de UTI, onde o modelo assistencial é fortemente marcado pelo modelo biomédico, pode não ser algo fácil, mas extremamente necessário, tendo em vista que tal modelo tornou pouco eficaz a maneira de lidar com o sofrimento das pessoas e de cuidá-las, a partir do momento em que passou a adotar o ato prescritivo do médico de forma imperiosa e este ato prescritivo passou a ser o principal recurso para cuidar das pessoas e não os atos de fala, de cuidado e de toque.

A clínica foi descaracterizada, a palavra “clínica” de origem grega que significa “o debruçar-se sobre o corpo”, foi substituída pelo ato prescritivo do exame, do medicamento. O toque e o olhar, a fala e a escuta, foram substituídos, pois o médico passou a dialogar com os exames e não com as pessoas.

Essa substituição virou uma crise, que vem sendo percebida desde os anos 70. Segundo Franco (2007, p. 37): “[...] a subjetividade que vem nesse corpo não é atendida no ato prescritivo, não é objeto de interação com o profissional. O cuidado centrado apenas em procedimentos se tornou extremamente ineficaz e caro”.

Isso passou a ser verificado tanto na Saúde Pública, quanto na Saúde Privada, porque cumpre dizer que para além desta dicotomia, o que está em questão é o modo de cuidar das pessoas e como nos relacionamos com elas, levando em consideração que essas pessoas encontram-se inseridas em um contexto sociocultural, onde suas crenças, valores e costumes não podem ser ignorados ou desrespeitados, assim como sua subjetividade, para atender às exigências de um modelo biomédico tradicional.

Vale ressaltar que o trabalho do psicólogo no hospital não deixa de se referir ao arcabouço de uma teoria psíquica e nesse contexto, queremos avaliar que efeitos têm a escuta de um profissional que se propõe escutar o sujeito que é trazido pela palavra.

Face ao exposto, e também na contramão do discurso biomédico hegemônico, a Política de Humanização ancorou e veio regulamentar a presença de uma equipe

interdisciplinar nos hospitais. O psicólogo está nesta equipe, o que possibilitou e legitimou seu lugar nos mais diversos setores de especialidades médicas, dentre eles a UTI.

A partir desse contexto, o processo de inserção da Psicologia na UTI vem acontecendo gradativamente e tornando cada vez mais frequente a presença do psicólogo hospitalar em diversas iniciativas no referido setor.

Considerando que quando se pensa em um hospital geral, ou mais especificamente em uma UTI, a imagem que surge é de um espaço físico frio, branco e silencioso, onde médicos e enfermeiros circulam com passos apressados, e corpos feridos e estáticos aguardam por alguma intervenção dos mesmos, não podemos esquecer-nos que tais pacientes possuem na maioria das vezes, familiares, amigos e demais conhecidos que demandam uma resposta curativa e imediata para o caso, ante a ruptura da convivência com eles, profundamente abalada e alterada pelas circunstâncias. Eles trazem consigo seus conflitos e ansiedades, suas fantasias e expectativas, referentes a esse contexto, a esse momento.

Dentro dessa perspectiva, neste trabalho abordamos o tema “Laços afetivos na UTI: a visita que fala de uma identificação”, por meio de capítulos teóricos que buscam retratar um pouco da realidade hospitalar e conseqüentemente do setor que escolhemos para estudar: a UTI.

O primeiro capítulo intitulado Processo Saúde-Doença destina-se, inicialmente à apresentação da UTI, cenário da nossa pesquisa, destacando seus aspectos históricos e suas principais características. Em seguida, abordam-se dentro de um recorte da saúde pública, os modelos de assistência em saúde e seus impactos na saúde pública. Busca-se ainda situar o trabalho do psicólogo na instituição hospitalar, destacando as atribuições e o perfil dos ocupantes desse cargo, considerando alguns aspectos que perpassam o cotidiano laboral desses profissionais.

A decisão de ampliar a discussão sobre o conceito de saúde para além do espaço circunscrito do hospital, no que diz respeito à análise levantada sobre a Atenção Básica e Primária, sustenta-se por compreendermos que a instituição pesquisada, apesar de apresentar características peculiares, é uma instituição afetada por questões macro, fruto do processo de reconfiguração do Estado e das repercussões dessas mudanças nas políticas direcionadas à saúde pública.

No capítulo II, aborda-se o tema afeto a partir da abordagem fenomenológica e da análise existencial proposta pelo movimento existencialista. Sendo assim, em tal capítulo colocam-se algumas reflexões sobre o tema afeto a partir da discussão levantada pelo autor

Jadir Lessa Machado em seu livro *A clínica como exercício ético dos encontros afetivos*, ancorada, sobretudo, nas posições teóricas de Spinoza e demais filósofos.

Cabe aqui ressaltar que este trabalho não pretende esgotar as questões inerentes ao tema. Pelo contrário, admite ser isto impossível! O que o trabalho pretende é levantar discussões interessantes ao assunto por meio de uma pesquisa que busca analisar o que motiva afetivamente alguém a comparecer à visita de pacientes da UTI de um hospital público.

## 2 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

A Organização Mundial de Saúde define saúde como uma situação de “completo” bem-estar físico, mental, social e espiritual. Esse conceito reflete expectativas atuais e ultrapassa o conceito anterior, baseado apenas no pressuposto da ausência de doença. Antes, a saúde era vista, segundo Bichet (apud SCLIAR, 2002), como “o silêncio dos órgãos”.

Entretanto, apesar das atuais conquistas, esse novo conceito continua recebendo críticas, por colocar a ideia de saúde em um lugar inatingível de suposta perfeição. Além de posicionar o conceito de saúde em uma posição ideal, fixando-o em um conceito excessivamente abrangente, pouco operacional, onde a expressão bem-estar é inserida em um contexto subjetivo de difícil avaliação.

Eksterman (1986) corrobora com esse pensamento quando afirma que saúde não é um produto espontâneo da natureza. Segundo o autor, a ideia de saúde, assim como a de doença, é uma construção humana: “uma faz uma sinfonia e a outra uma sintomatologia”. Por outro lado, Dejours (1987), defende a dimensão saúde-doença em sua dimensão processual e não enquanto um estado de coisas sedimentado e cristalizado.

Freire (1978) problematiza as situações de adoecimento, sofrimento e cuidado a partir das vivências, concepções, saberes e representações sociais da população, defendendo a compreensão ampliada do conceito de saúde e o entendimento crítico de seus determinantes sociais. Faz isso, no sentido de abrir condições de possibilidade para que cada sujeito possa perceber o contexto vivencial em que está inserido e suas possibilidades de ação para modificar este contexto.

Por sua vez, Helman (2003) afirma que não há um conceito único de saúde e doença. Sendo assim, várias considerações acerca do processo saúde e doença poderão ser esboçadas e defendidas.

Gilberto Freyre, em sua análise sociológica da Medicina, destaca a produção social de doentes e de doenças condicionadas e determinadas por certos tipos de organização social e familiar, que precisam e devem ser considerados pelo médico moderno sob critérios não somente derivados dos compêndios médicos, mas da perspectiva ampliada de uma medicina social.

Segundo Parsons e Fox (apud FREYRE, 2004), a doença é para ser considerada uma expressão geral de comportamento no que tange o desvio de atividades e responsabilidades “normais”. Nesta perspectiva, a doença não chegaria a ser rebelião contra

essas atividades e essas responsabilidades; mas seria um desajustamento agudo a um tipo de família como a que vigorava nos Estados Unidos e outros povos modernos: a família ativa, com cada membro adulto desempenhando funções responsáveis.

Para esses sociólogos, a doença seria uma fuga às pressões do cotidiano ordinário, normal e rotineiro. E somente à criança e ao doente se concederia o pleno direito de ser irresponsável ou de deixar de ser funcional nas suas atividades responsáveis, dentro desse tipo ativista de família.

Mas cabe ressaltar, consoante Freyre (2004), que à criança e ao doente seria permitido um desvio temporário e nunca prolongado das funções responsáveis que cabem a todo membro normal da família. Para os casos de desvio prolongado do que se considere uma normalidade não só biológica como sociológica, a solução seria o hospital: o recolhimento do enfermo ao hospital, onde tal lugar representaria, juntamente com a doença, um refúgio estratégico das pressões de um excessivo ativismo característico da normalidade social do tipo moderno de família urbana, dominante em sociedades industriais e predominantemente urbanas.

Para a Sociologia da Medicina, a mulher, dona de casa, vítima do excesso de trabalho doméstico, tenderia a encontrar na doença refúgio das suas absorventes responsabilidades dentro do sistema urbano de família e o homem, por sua vez, também encontraria no que a doença representa de dependência passiva, refúgio para as suas excessivas responsabilidades de chefe do mesmo sistema de família.

No desempenho do papel sociológico de “doente” estaria um alívio que se manifestaria no agravamento da doença por parte do doente e no retardamento da sua recuperação, por meio de atitudes provenientes deste, em que se manifestaria seu pendor para uma convalescença prolongada fora do ambiente familiar. Em tais casos, o hospital, o sanatório ou a casa de saúde estariam a constituir-se num corretivo ao ambiente familiar; de libertação de responsabilidades e de preocupações associadas ao gozo de uma saúde física, às vezes desprovida de uma saúde psicossocial complementar.

À própria criança, a doença proporcionaria, dentro do moderno sistema urbano de família, a oportunidade de retardar o seu processo de amadurecimento social que implicaria no declínio da sua situação de centro de solicitudes e de cuidados, só possível durante a sua fase de dependência dos adultos. Quanto à pessoa de idade avançada, dentro do mesmo sistema urbano de família, sua perfeita ou quase perfeita saúde, não representaria o excesso de responsabilidades ou de obrigações, mas, ao contrário, uma deprimente ausência de

responsabilidades e de obrigações, proporcionando-lhe a doença, uma oportunidade de recuperação de prestígio dentro da própria família.

Partindo de tais pressupostos, Freyre (2004) nos coloca que tais relações são também valiosas no sentido de advertirem quanto à probabilidade dessas famílias, em vez de repelirem, idealizarem a casa de saúde, quando um de seus membros adoecer gravemente. Para ele, trata-se de um dos aspectos sociologicamente mais interessantes da abdicação de responsabilidades da família ocidental cristã com os seus membros, sob a influência da urbanização de vida sofrida por intermédio da industrialização.

Quanto a esse ponto, Freyre (2004) relata que o moderno tipo urbano de família característico das civilizações industriais também foi afetado grandemente pela automatização ou automação, proporcionando aumento de lazer e, conseqüentemente, considerável redução não só de trabalho, como de obrigações, de responsabilidades e de preocupações para a maior parte da população urbana das áreas de civilização industrial com um provável declínio do urbanismo, isto é, dos estilos quase exclusivamente urbanos de vida e de convivência; e com uma também possível substituição de doenças.

No lugar das doenças provocadas pelo excesso de responsabilidades e de preocupações, típicas da vida do homem urbano, outro tipo de doenças surgiram: as provocadas por um novo tipo sociocultural ou psicossocial de homem, dominado pelos excessos de ócio, de tédio e de lazer monótono.

De acordo com Freyre (2004), talvez fosse necessário libertar o homem médio moderno, residente da área urbana e preso à civilização industrial por excelência sedentária, da sua excessiva subordinação à poltrona, com prejuízo dos seus movimentos a pé e do seu repouso fora das horas de dormir, em rede ou sofá. Sendo um homem que não sobe escada, não anda a pé, não se movimenta senão de uma cadeira para a outra, da cadeira da sala de jantar para a da sala de estar, da cadeira doméstica para a do escritório, da cadeira do estádio para a do teatro e da poltrona do automóvel para a do avião, o moderno homem urbano, sobretudo o burguês, é necessariamente um homem prejudicado em sua saúde tanto física quanto mental, por essa constância de postura sedentária.

Essas questões, entre outras, propostas por Gilberto Freyre no final dos anos 20 do século passado, apenas iniciam uma série de interrogações sobre o campo da saúde, vista a partir de outro ângulo, o da Sociologia da Medicina, no qual o entendimento do homem doente vai além da doença e do corpo, como a racionalidade e o discurso biomédico costumam preconizar.

Em decorrência dessas discussões, vale à pena ressaltar que em 1963/2012, em *O Nascimento da Clínica*, Michel Foucault marca uma diferença entre a medicina moderna e a medicina clássica, explicitando os princípios de organização da medicina em épocas diferentes e o modo como se estrutura em alguns anos o conhecimento singular do indivíduo doente. Nessa obra, ele estabelece e caracteriza tal ruptura, e analisa um período crucial da história da medicina: o fim do século XVIII e o início do XIX.

Cabe ressaltar que o período histórico mencionado é caracterizado por grandes mudanças, em particular a Revolução Francesa, o que acabou influenciando em uma reorganização da maneira de olhar o doente.

Até então, os médicos perguntavam ao doente o que estava errado com ele, a partir desse momento passam a perguntar onde dói. O diagnóstico passa a ser feito com base em um sistema classificatório de doenças e a medicina distribui as entidades nosológicas em grupos. A doença passa a ter sua sede em um órgão; seu lugar em uma classe. A intervenção médica passa a ter normas. Antes, quando o doente recuperava seu vigor, sua disposição, estava curado, a partir desse contexto os padrões de normalidade, numericamente expressos, definirão o objetivo do tratamento.

O hospital, que antes do século XVIII era basicamente uma instituição de caridade a cargo de religiosos, torna-se um instrumento de medicalização coletiva gerido pelo Estado. Médicos famosos, que antes não apareciam nos hospitais, passam a montar ali seus serviços. Começam a surgir os sistemas de intervenção médica, com registro de dados e sistemas estatísticos. A medicina passa a atuar nas necessidades mais concretas do ser humano. E “quando a saúde substitui a salvação da alma, o poder dos doutores cresce exponencialmente”, conclui Foucault (1963/2012).

Após essa exposição, podemos nos reportar ao Modelo Assistencial na Saúde, que é a forma como se produz a saúde ou a forma como se faz a saúde.

Quando falamos de Modelo Assistencial buscamos pesquisar e compreender o lugar onde se dá de fato a produção da assistência à saúde, que é o lugar de encontro dos profissionais com os usuários que buscam o serviço de saúde. Segundo Franco (2007), isso se dá por saberes que nós operamos, por arranjos tecnológicos, tendo em vista que operamos diversas tecnologias, principalmente as tecnologias leves das relações, os saberes que são tecnologias mais estruturadas e, particularmente, a intenção do cuidador.

Para Franco, quando nos relacionamos com determinado cliente ou usuário dos serviços de saúde, há uma diferença fundamental na intenção do profissional que faz o

atendimento, que pode ser acolhedor e humanizado ou burocrático e sumário. Essa diferença constitui um aspecto fundamental que deve ser considerado e debatido na rede de Saúde Pública quando se propõe fazer a mudança do modelo biomédico pelo modelo humanizado.

Os modelos assistenciais são constituídos a partir de transformações históricas e socialmente determinadas. O que significa dizer que são processos dinâmicos e que podem mudar com o tempo. Eles se dão principalmente pelo modo como se organiza o trabalho na Saúde, na perspectiva de que os modos de organização do trabalho mostram-se capazes de criar, produzir, impactar e afetar, tanto os modos de se viver quanto os modos de se adoecer. Assim, podemos pensar em uma mudança de modelo de assistência à saúde a partir da mudança de mentalidade ou da subjetividade dos profissionais que fazem parte desse trabalho da saúde e que desempenham o ato de cuidar do outro.

Segundo Silva (2004, p.142) nas primeiras décadas do século XIX, com o avanço do capitalismo houve uma mudança no paradigma epistemológico de ciência, marcando uma nova forma de pensar e agir dos médicos. Há uma mudança de foco do homem para o organismo patológico. Passa-se a olhar não o doente, mas a doença. “A vida passa a ser vista por intermédio da anatomia e da morte (necropsia). As doenças são classificadas e catalogadas em sintomas. As descobertas da microbiologia e o aparato tecnológico crescente se aliam, transformando a doença em uma entidade”. Nesse percurso, o agir terapêutico sofre uma perda: a relação terapeuta/paciente é eliminada. E as intenções diante do adoecimento perdem a dimensão do humano.

Consoante tal autor, para o médico, o sofrimento é irrelevante e o paciente sofre de distorções. Sua relação é com a doença, e o paciente é um mero canal de acesso a ela. Em nome do mito da razão e da cientificidade, expulsamos a subjetividade, o contato humano na forma do riso, da dor, do ruído, da morte, da própria vida.

É comum o relato de profissionais que afirmam se sentirem impotentes diante do paciente incurável: “não tenho nada a fazer”. Diante disso, a negação, o distanciamento, é muitas vezes a resposta para não lidar com o sentimento de fragilidade, com a reflexão sobre a própria finitude. Portanto, a morte é silenciada também nos hospitais. A linguagem nessa instituição denuncia este fato. Não se morre no hospital, vai-se a óbito, perde-se na mesa, tem-se alta celestial. (SILVA, 2004, p.147).

Desde o início do século XX, a partir da Reforma do Ensino Médico Americano, que adotou a diretriz biológica da ultra-especialização, como a referência a ser seguida na formação médica, o modelo assistencial passa a ser fortemente marcado pelo modelo médico.

Esse modelo constituiu formas de lidar com o sofrimento das pessoas e de fazer o cuidado das pessoas, a partir do ato prescritivo do médico.

Para Silva (2004) a racionalidade médica trata-se de um construto lógico e empiricamente estruturado em presença de cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica). Tende a constituir-se em proposições “verdadeiras”, ou seja, verificáveis de acordo com procedimentos racionais sistemáticos (preferencialmente os de racionalidade científica), e de intervenções eficazes em face do adoecimento humano.

Conforme Silva (2004) houve um deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna. A milenar arte de curar doentes é substituída pela ciência das patologias. A história da civilização ocidental, em sua obsessão pelo saber científico, promove a hegemonia da diagnose sobre a terapêutica, ambas subjugadas à episteme.

Seduzidos pelo imaginário médico amparado na razão e na cosmologia mecanicista, que torna o corpo humano uma máquina digna de reparos e exige instrumentos eficazes, além de um bom técnico, assistimos à configuração de uma medicina tecnológica especializada. Uma tecnologia que não admite o erro, o medo, a morte. Ou mesmo o riso. Toda expressão de emoção torna-se ruído dentro dessa lógica [...] O itinerário percorrido pela medicina para gerar em suas entranhas essa racionalidade teve início, portanto, quanto à medicina descritiva hipocrática-que integrava Natureza e Homem, advogava uma visão monista, unicista do ser e consequentemente tinha como objeto a pessoa humana em sua totalidade – se aproximou da experimentação, da observação e classificação de atos e sintomas. Cedeu lugar a perspectiva da Escola de Galeano, em que a doença é vista como algo autônomo, terreno fecundo para o desenvolvimento de uma medicina mecanicista. (SILVA, 2004, p.142).

Com relação à Saúde Pública, vale à pena destacar que até hoje prevalece como hegemônico o modelo biomédico, podemos também dizer que tal prerrogativa foi socialmente construída e pode ser desconstruída, assim como servir para a construção de outra, como vimos esse modelo é socialmente determinado.

## **2.1 A saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde como Política Pública de Saúde**

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 declara que a saúde constitui-se em um direito de todos, e “[...] dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.”

A implementação de uma Política Nacional formulada coletivamente e alinhada a estes princípios significa avançar em direção a um sistema de saúde em que predomine a inclusão de todo brasileiro, a integração dos saberes e o respeito aos modos de vida norteadores do cuidado, da responsabilidade dos indivíduos, dos grupos, das comunidades, dos trabalhadores e dos gestores.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório integral e igualitário o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Antes da criação do SUS, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover a saúde de toda a população.

Vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros e para muitos representou uma verdadeira conquista com relação à saúde da população brasileira. Na realidade, o que se pensava era que o próprio indivíduo deveria cuidar da sua saúde e que só haveria uma intervenção estatal em casos graves, que não pudessem ser resolvidos pelo próprio cidadão ou que representassem um risco de epidemia a população ou a economia.

Mas por que economia? Porque com o desenvolvimento do país e a concentração populacional nas grandes cidades, a saúde então despontava como uma questão social.

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (PAIM, 2009, apud, SOUSA; BATISTA, 2012).

Na organização do Estado, a atenção à saúde individual estava organizada com uma lógica distinta daquela com a qual se estruturava e executava às ações de saúde coletiva e, assim, instituições diferentes eram responsáveis pelas políticas e ações de saúde coletiva e de atenção individual. Nesse contexto, a assistência médica era entendida como um benefício previdenciário, ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuíam para a Previdência Social. (ROMERO, 2006)

Ainda de acordo com Romero (2006), o Sistema Único de Saúde resultou de um movimento em prol de uma ampla reforma sanitária, iniciado no final da década de 1970, no âmbito do processo de redemocratização do País, que objetivava reverter o quadro de inadequação e perversidade do sistema de saúde vigente constituído ao longo de quase um século e consolidado no período da ditadura militar.

De acordo com Balestrin; Barros (2009) o projeto da Reforma Sanitária Brasileira iniciado na década de 1970 e prolongado na década de 1980, se sustentou num conceito de saúde ampliado, relacionando à saúde e às condições gerais de vida, tais como a moradia, o saneamento básico, a alimentação, às condições de trabalho, à educação e o lazer. Dessa forma, os cuidados com a saúde ultrapassariam o atendimento à doença e se estenderiam à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças.

Com relação à história, de acordo com Sousa; Batista (2012), a primeira proposta do SUS foi apresentada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979. Nove anos depois, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, a qual contemplava os princípios e diretrizes elaboradas pelo CEBES. Dessa forma, surgiu o Sistema Único de Saúde e a partir da constituição de 1988 a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado.

Sendo assim, podemos afirmar que a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde foram criados a partir dos anseios e necessidades da sociedade. Obviamente para virar lei ela foi debatida no Congresso Nacional, permanecendo seus princípios e diretrizes.

A constituinte de 1988, no Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 198, define que: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. O sistema único de saúde será financiado, com recursos do

orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 2012).

Cabe esclarecer que, segundo Polignano (2001), apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

A Lei 8.080/90, Título II, Artigo 4 define o SUS como sendo: O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Segundo Polignano (2001) foram definidos como os princípios doutrinários do SUS a universalidade: onde o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; a equidade, que é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida); e a integralidade, que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

O autor supracitado nos traz ainda os princípios organizativos do SUS: Hierarquização, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Referência e contra-referência: com a participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; e descentralização política administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS.

Ademais, conforme Polignano (2001) o SUS em seu modelo de assistência estabelecerá o cuidado à saúde em três níveis de complexidade da atenção: baixa, média e alta. Essa estrutura se dá em decorrência da possibilidade de melhor adequar a sua

programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde. É importante ter o conhecimento necessário dos dois últimos níveis de atenção, principalmente por parte dos gestores, de forma que a sua implementação ocorra de maneira adequada e de forma a complementar a atenção básica, possibilitando um atendimento integral da população por parte do SUS.

A atenção básica em saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. Constitui-se como um conjunto de ações que englobam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (BRASIL, 2004).

Ademais, a atenção básica em saúde utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural. Além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes. (BRASIL, 2004).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde define média e alta complexidade em saúde da seguinte maneira: a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no

contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde, a atenção básica e a de média complexidade. (BRASIL, 2007).

Segundo Sousa; Batista (2012), atualmente o SUS, é um dos maiores programas de saúde pública do mundo e possui um dos maiores sistemas de atenção primária a saúde, que é o Programa de Saúde da Família (PSF). Este programa é constituído por uma equipe multidisciplinar formada por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O PSF propõe-se a reorganizar a prática assistencial a partir de ações preventivas e curativas em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças.

Logo, a partir do que foi explicitado, podemos afirmar que um novo modelo de atenção à saúde vem se impondo, vinculado a uma nova concepção do processo saúde-doença que ultrapassa a visão hospitalocêntrica predominante, na qual às necessidades em saúde, tais como a falta de hospitais, ambulatorios, saneamento básico e programas de prevenção etc, se sobrepõem como características principais.

Sendo assim, pudemos perceber que ao longo do tempo, o modelo de saúde adotado pela rede pública deixou de ser hospitalocêntrico, de assistência curativa, para constituir-se em um modelo assistencial preventivo e promotor da saúde, valorizando a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da área, ocasionando um rompimento com o paradigma da assistência essencialmente curativa.

Portanto, segundo Chammé (2002), as últimas décadas do século XX, o termo saúde sofreu um processo de completo redirecionamento, de tal forma que o indivíduo passou a ser percebido em sua dimensão biopsicossocial, enquanto totalidade dinâmica e integrada ao ambiente que o cerca.

### 2.1.1 A Humanização

A partir da inquietação gerada pelo aumento da insatisfação com a hegemonia do modelo de saúde curativo, próprio do modelo biomédico, ocorreu uma mobilização de profissionais e entidades governamentais responsáveis pela gestão nacional da saúde pública, que resultou na implantação da política oficial de humanização do Sistema Único de Saúde, SUS.

Essa política de humanização passou a influenciar o modo de execução dos trabalhos dentro do hospital estabelecendo várias estratégias de funcionamento na instituição hospitalar. Como exemplo, podemos citar o acolhimento por classificação de risco que classifica por cores o grau de prioridade no atendimento, em função dos vários níveis de gravidade do estado de saúde do paciente, o que implica no cumprimento de uma série de recomendações. Recomendações estas relacionadas principalmente a condições hospitalares adequadas e ao número suficiente de recursos humanos qualificados em cada área específica.

A humanização enquanto política pública de nível nacional visa não apenas melhorar o padrão de atendimento técnico à população, como também promete implantar uma nova mentalidade fundamentada na integralidade do ser: o ser biopsicossocial. Neste sentido, um enfoque especial é dado ao trabalho em equipe e à manutenção da qualidade do trabalho interdisciplinar. Vale ressaltar que o psicólogo tornou-se um dos componentes desta equipe, participando desse trabalho interdisciplinar.

Determinadas práticas também estão sendo adotadas por governos estaduais e municipais no intuito de difundir e instrumentalizar profissionais da área de saúde na utilização de tais preceitos. A implantação do horário de visita na UTI é exemplo de uma das estratégias utilizada com esta finalidade.

A adoção dessas novas estratégias promoveu uma mudança institucional no sentido de proporcionar uma nova configuração do modelo de atenção à saúde centrado na humanização da assistência e no princípio de cidadania, representado pela inclusão da família, como parte fundamental do tratamento. Corroborando com esse pensamento, Gonçalves, 1999, assim escreve sobre o processo de humanização nas instituições de saúde:

As ações que visam à humanização nas instituições de saúde, especialmente nos hospitais, abrangem vários aspectos da atenção ao indivíduo, fornecendo referenciais significativos para adesão ao tratamento, complacência e satisfação da assistência prestada. A humanização caracteriza-se por uma visão global do ser humano e uma relação paciente-equipe de saúde mais estreita e preocupada com os aspectos psicológicos, emocionais, espirituais e sociais do adoecer, possibilitando a escuta e a compreensão das reações emocionais. (GONÇALVES, 1999 apud RODRIGUES; TROIJO; TRAVANO, 2003).

Segundo Tähkä (1988), a própria situação hospitalar, a doença e seu respectivo tratamento vêm acompanhados de certo grau de regressão psíquica do paciente, o que pode desencadear reações emocionais, deixando-o suscetível à impaciência e à irritabilidade. É na sala de espera que o paciente e os seus familiares aguardam os atendimentos e onde, às vezes,

permanecem por longo período de tempo, o que possibilita a troca de experiências, informações e expectativas sobre o tratamento e o hospital com outros usuários do serviço.

A humanização da sala de espera dos serviços de saúde envolve o planejamento dos atendimentos, a fim de que o tempo de espera seja o mais breve possível, os horários sejam respeitados, as informações pertinentes à rotina e a reorganização do espaço físico proporcione conforto e atmosfera agradável, tornando a espera mais suportável ao paciente/familiar. Também envolve a atuação e o preparo de profissionais para oferecerem atenção primária, cuidando do conforto e bem-estar do paciente/familiar (PINKUS, 1988; TÄHKÄ, 1988).

Embora o hospital tenha de apresentar níveis mínimos de qualidade técnica e administrativa, o setor de recepção, que inclui tanto o local de permanência do paciente/familiar como o período compreendido da chegada ao atendimento pelos profissionais, é o cartão de visita da instituição para os que esperam ser atendidos, sendo a primeira visão que têm do serviço de saúde e um referencial da qualidade da assistência (MELLO, CAMARGO, 1998; MARIN, CAETANO, PALASSON, 2001).

Intervenção em grupo na sala de espera, promovendo orientações da rotina hospitalar e desmitificando medos e fantasias acerca da instituição, vem se tornando prática constante nos diversos setores do hospital.

A relação do paciente com os vários profissionais das equipes de saúde está sujeita a fenômenos psicológicos e interacionais subjacentes a suas práticas. A interação refere-se a um processo que ocorre entre dois agentes e, mais que a ação de um sobre o outro, envolve um contexto que caracteriza e estabelece regras e papéis, além de comportamentos, atitudes e reações emocionais, permitindo pensar como o paciente se apresenta à instituição e ao profissional de saúde e que tipo de vínculo estes lhe propõe. (TÄHKÄ, 1988; SOAR FILHO, 1998).

Um aspecto importante da humanização dos eventos de saúde é a maneira como as instituições veem e são vistas pelos profissionais de saúde. À medida que a organização conhece suas relações interpessoais, torna-se mais capaz de manter um equilíbrio dinâmico, respondendo prontamente às mudanças internas e externas e às novas expectativas dos usuários. O engajamento nos processos e o conhecimento da organização como um todo permite que as pessoas percebam os desvios, informando e corrigindo, mesmo provisoriamente, até uma solução definitiva. O conhecimento do processo no qual está inserido e, no contexto global dos processos institucionais, as inter-relações com os demais,

situando a função de cada um de acordo com sua tarefa dentro do processo e da organização, são aspectos importantes da humanização. (MELLO, CAMARGO, 1998; MARTINS, 2001).

Na rotina de caso novo, o paciente e/ou seus responsáveis encontram-se pela primeira vez no hospital para triagem diagnóstica e para o planejamento das etapas do tratamento. A rotina hospitalar, o atendimento ambulatorial, a internação e as intervenções são situações de estresse, que podem gerar transtornos emocionais, agravados por alguns fatores psicossociais como o impacto da condição de deficiência, os aspectos psicológicos individuais, a adaptação às condições do paciente, as dificuldades socioeconômicas, a distância da cidade de origem e o afastamento da família. E das atividades habituais. Portanto, a assistência deve levar em conta o contexto pessoal, familiar e social do paciente (ALTMANN, 1997; CECCIN, 2001; MARTINS, 2001).

## **2.2 O Psicólogo como um Agente de Saúde**

O trabalho do psicólogo na área da saúde como já mencionado anteriormente poderá se dar em todos os níveis de assistência, na baixa, média e alta complexidade. Ao estudarmos a atuação desse profissional nesse campo de atuação nos deparamos com dois conceitos, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar.

É preciso compreender um pouco mais desses conceitos para entendermos como se dará a atuação do psicólogo nesses níveis de atenção, não esquecendo que a Psicologia da Saúde é vista como algo que engloba a Psicologia Hospitalar, ou seja, podemos entender a Psicologia Hospitalar como sendo algo que faz parte da Psicologia da Saúde, onde todo psicólogo hospitalar será um psicólogo da saúde, mas nem todo psicólogo da saúde será psicólogo de contexto hospitalar.

Em relação à psicologia da saúde e psicologia hospitalar é válido dizer que o termo “saúde” é complexo e amplo, referente a funções orgânicas, físicas e mentais. Já o termo “hospital” é relacionado à instituição concreta, na qual se tratam doentes, internados ou não.

A Psicologia da Saúde é vista como uma área na qual tem fundamentação no modelo biopsicossocial e vem atuar na promoção e na educação para a saúde. Tem como desígnio o de intervir com a população na vida cotidiana antes que ocorram riscos ou se instale algum problema sanitário. Assim, de acordo com a APA (Associação de Psicologia

Americana) a Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença.

Na pesquisa contemporânea e no ambiente médico, os psicólogos da saúde trabalham com diferentes profissionais sanitários, realizando pesquisas e promovendo a intervenção clínica.

O trabalho na área da Psicologia da Saúde é visto como multiplicador, pois termina por capacitar a própria comunidade com finalidade para ser agente de transformação da realidade, desta forma, a comunidade aprende a lidar, controlar e melhorar a sua qualidade de vida.

Assim, para Besteiro e Barreto (2003) e Gonzalez-Rey (1997) torna-se evidente que a Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho no hospital, como é o caso da Psicologia Comunitária.

Quanto a Psicologia Hospitalar de acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional do psicólogo no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia (2003a), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

Para que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista). Nessa época, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, idéia que, de alguma maneira, persiste até hoje. Muito provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e não, Psicologia da Saúde (Sebastiani, 2003).

Yanamoto, Trindade e Oliveira (2002) e Chiattonne (2003), inclusive, explicam que o termo Psicologia Hospitalar é inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas. Se já existe fragmentação das práticas e dispersão teórica da Psicologia, a

adoção do termo Psicologia Hospitalar caminha no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo como profissional da saúde que atua em hospitais.

Diferente do Brasil, em alguns outros países, a identidade do psicólogo especialista está associada à sua prática e não ao local em que atua. A APA e o COP, por exemplo, demarcam o trabalho do psicólogo em hospitais como um dos possíveis locais em que atua o psicólogo da saúde.

Chiattonne (2003), que diz que a Psicologia Hospitalar é apenas uma estratégia de atuação em Psicologia da Saúde, e que, portanto, deveria ser denominada Psicologia no contexto hospitalar. Na visão de Rodríguez-Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é, então, o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital.

O autor ainda sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital: 1) função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital; 2) função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado; 3) função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente; 4) função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes; 5) função assistencial direta: atua diretamente com o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização. (CHIATTONE, 2003)

Dessa forma pode-se inferir que o psicólogo da área hospitalar seria o profissional que aplica conhecimentos e técnicas de forma coordenada e sistemática para obter uma evolução na assistência integral do paciente que está hospitalizado. Logo, o trabalho deste profissional tem como propósito o restabelecimento do estado de saúde do doente ou a minimização dos sintomas que prejudicam seu bem-estar.

O hospital desde sua criação foi considerado o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de certa forma, ainda persiste. Muito provavelmente, esse é o motivo pelo qual, no Brasil, em alguns casos o trabalho da Psicologia no campo da saúde ainda é chamado de Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde, o que enfatizaria mais a promoção de saúde no Brasil, os primeiros psicólogos começaram a atuar em hospitais, por volta de 1960, quando ainda não existia um determinado padrão a ser seguido. Estes profissionais passaram, então, a realizar nos hospitais as mesmas práticas realizadas em seus

consultórios. Também atuavam como assessores dos Psiquiatras, ou como psicometristas; sem participar do atendimento direto ao paciente. (GORAYDE, 2001).

Ainda, conforme Gorayde (2001, p. 263): “A reprodução das práticas de consultório [...] não floresceu e não poderia mesmo florescer, por não trazer respostas às necessidades do paciente e da própria equipe”. É necessário, quando se trabalha com Psicologia dentro do hospital, compreender que o indivíduo hospitalizado é diferente daquele que procura o consultório.

Ele não possui quadros clássicos de psicopatologia, doença de ordem orgânica, agravada ou moderada, ele traz uma demanda psicológica específica: “Necessita comunicar-se bem com seu médico, ou colocado de uma forma correta, necessita que seu médico se comunique adequadamente consigo, necessita informações e apoio” (GORAYDE, 2001, p. 264).

Se devido às características psicológicas anteriores ou um quadro de estresse causado pela internação, o paciente passar a apresentar algum distúrbio psicológico transitório é extremamente importante que os membros da equipe de atendimento do hospital compreendam que este distúrbio é temporário, específico, e provavelmente está relacionado com a hospitalização do paciente. Em decorrência de uma situação semelhante a essa, “[...] o papel do psicólogo hospitalar é essencial para apoiá-lo, esclarecê-lo, informá-lo, levar a equipe a se relacionar efetivamente com ele, dar-lhe todas as informações de aspectos específicos de sua patologia e do prognóstico” (GORAYDE, 2001, p. 264).

Com isso, o profissional da Psicologia ganha um papel de destaque para consolidar o trabalho em equipe e auxiliar no restabelecimento da saúde do paciente.

Conforme Rodríguez-Marin (2003), a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que oferecem assistência aos pacientes hospitalizados e o psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do paciente hospitalizado.

Com base nesta premissa não podemos pensar em um hospital como sendo um espaço ou instituição pautada em curar ou aliviar somente dores fisiológicas, uma vez que o corpo ali presente também é munido da esfera psíquica ou emocional. Sendo assim, tal premissa nos remete a outra questão referente à interdisciplinaridade na saúde, que vem falar sobre o diálogo entre as diversas áreas do saber que adentraram o hospital. São vários os profissionais que fazem parte da equipe de saúde de um hospital no intuito de disponibilizar

um melhor atendimento à população usuária. Essa equipe interdisciplinar é composta por vários profissionais, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, bioquímicos etc.

No contexto hospitalar, o psicólogo deve buscar estabelecer um contato mais próximo com tais profissões, pois a saúde não é de competência de um único profissional, ela é uma prática interdisciplinar e os profissionais das muitas e diferentes áreas de atuação devem agregar-se em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns estudar as interações psicossociais e encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença.

Partindo de tais pressupostos, em que os aspectos biopsicossociais são levados em consideração no processo de adoecimento, e conjuntamente com o enfoque da humanização do atendimento em saúde, podemos afirmar que a interdisciplinaridade é uma das bases da tarefa do psicólogo que adentra ao hospital.

Sendo assim: “Essas três esferas (biopsicossociais) interdependem e inter-relacionam-se à outra, mantendo o doente, intercâmbios contínuos com o meio em que vive num constante esforço de adaptação à sua nova condição de doente [...]” (CHIATTONE, 2003, p. 32).

Esta abrangência interdisciplinar e estratégica da atuação do psicólogo hospitalar, pelo reconhecimento do campo de saúde como uma realidade complexa, e que necessita de conhecimentos distintos integrados, é que define a necessidade de intervenção de forma imediata. Portanto, estas ações deveriam envolver profissionais de diferentes áreas em uma rede de complementaridade.

Nas instituições de saúde são indispensáveis que os papéis e as tarefas profissionais de cada membro da equipe sejam claramente delimitados. Principalmente porque a indefinição ou a ambiguidade relativa ao papel profissional pode gerar conflitos na equipe, ao se acumularem expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre seus membros. A respeito disso Chiattonne (2003, p. 33) ressalta:

[...] a delimitação do papel profissional acompanha as expectativas dos outros membros da equipe quanto ao papel que o profissional em questão deve exercer, acrescidas das próprias expectativas do profissional sobre sua capacidade de realização e de interpretação das expectativas dos outros. Em geral, no hospital geral, é muito comum ocorrerem conflitos em equipes compostas por profissionais com distintos graus de instrução e conhecimentos sobre as outras especialidades, sendo que o potencial conflitivo torna-se aumentado se não houver compreensão das capacidades dos membros, se o profissional visualizar a tarefa como invasão de terreno dos outros profissionais, se assumir um comportamento defensivo em prol

das prerrogativas profissionais e se acreditar na falha de utilização plena das qualificações dos outros membros.

Sendo assim, a postura diante do trabalho deve ser delineada pela disposição de compartilhar os diversos saberes, ter flexibilidade, vontade de aprender e disposição de tomar decisões conjuntas. O respeito e a confiança também são essenciais, assim como os atributos pessoais de cada membro da equipe (autoconfiança, boa capacidade de comunicação, e profissionalismo).

O trabalho em equipe deve ser compreendido pela maneira como a equipe exerce suas tarefas, acrescentado da análise de cada função, regras e valores, aspectos que dizem respeito à liderança e decisões, definição de objetivos, interação e exercício de poder.

Os psicólogos hospitalares atuam como facilitadores do diálogo entre o paciente, os acompanhantes e/ou visitantes e a equipe de saúde. A sua inserção no hospital gera qualidade nos atendimentos e amplia a promoção da saúde, proporcionando uma melhor integração, e compreensão das diferentes práticas, minimizando os espaços entre as diversidades dos saberes, e lapidando o cuidado à saúde e à prevenção de doenças. Assim é possível estabelecer as condições adequadas de atendimento aos usuários e melhorar o desempenho das equipes de saúde no hospital.

Entretanto, cabe aqui ressaltar que a prática do psicólogo no espaço hospitalar não pode ser generalizada, tendo em vista a existência de diferentes saberes e vertentes teóricas que embasam a própria Psicologia e, conseqüentemente, repercutem em tal prática.

Sendo assim, uma questão nos é colocada: como o psicólogo pode sustentar sua prática em um discurso que busca o bem-estar, se o seu discurso não oferece intenção curativa, nem pretende consolar o sujeito de sua condição humana?

No percurso do trabalho, tentaremos trilhar um caminho para compreendermos melhor essa questão, levando em consideração a particularidade da Psicologia, que tem na escuta do psicólogo sua ferramenta e instrumento de trabalho.

Mas de antemão, podemos pensar que diante da urgência orgânica surge também uma urgência psíquica. E é nesse contexto que o trabalho do psicólogo será realizado, perpassado por um assunto essencial: a morte e as várias formas que o sujeito encontra para lidar com sua possibilidade.

### 3 SOBRE AS RELAÇÕES AFETIVAS NA UTI

Conforme o detalhamento anterior, a UTI, unidade de terapia intensiva, é um ambiente hospitalar diferenciado, onde pessoas graves ou potencialmente graves lutam pela vida. Por se tratar de um ambiente com tal característica torna-se isolado, reservado e de difícil acesso; para muitos, inclusive, seria o ambiente hospitalar onde características como: “isolamento de figuras de apego; estresse constante; clima de morte eminente” seriam sentidas de forma mais intensa.

Como nunca estamos preparados para lidar com a doença, com a morte e com o imprevisível muitos vêm na eminência da morte de alguém conhecido a última possibilidade de resolverem qualquer problema afetivo ou assuntos pendentes. Nesse caso, a UTI funciona como uma instância última para a resolução de qualquer conflito, onde as pessoas podem tentar resolver questões antigas. Nessa circunstância, há uma urgência cronológica e psíquica que marca esse ambiente hospitalar restrito, de difícil acesso, onde o estresse é constante.

Dessa forma, podemos dizer que a experiência vivida por muitos visitantes da UTI torna-se marcante em suas vidas a partir do momento que os convoca a pensarem sobre a morte, sobre a finitude da vida; da convivência com este paciente que se encontra internado. Logo, não é de uma experiência qualquer que estamos falando, e sim de uma experiência singular relacionada a uma visita que mobiliza sentimentos e afetos desencadeados a partir de uma situação extrema, limítrofe, que envolve um risco real de morte.

Nesse contexto, surgiu a questão central deste trabalho: O que motiva afetivamente alguém a comparecer a uma visita de UTI? E, por conseguinte, outras questões subjacentes: Qual é de alguém em comparecer a uma visita desse tipo? Estaria tal motivação dizendo de um processo de identificação que ocorre entre o paciente e o visitante? Por que em alguns casos comparece sempre a mesma pessoa para a visita e por que em outros casos não aparece alguém? A quantidade de visitas seria um indicativo de quanto esse paciente era ou é querido? Ou não, seria um indicativo de quantas pessoas se sentem “em dívida” com ele, como se estivessem lhe devendo um favor. Dessa forma, funcionaria a UTI como uma última instância para se resolver qualquer problema ou pendência, seja afetiva ou material? Que impacto essa visita causaria para o paciente e para o visitante? Você só teria uma vida significativa se todos se lembrassem de você?

Mas, e a questão dos laços afetivos, onde entra nesta discussão? Não é de qualquer afeto que falamos, mas de um que é desencadeado no período de internação, com

toda particularidade que isto lhe impõe, tendo em vista que assim como o paciente, os visitantes estarão às voltas com uma realidade totalmente nova.

Várias são as possibilidades de se trabalhar a palavra afeto. No entanto, faremos uma delimitação do tema a partir de algumas leituras na área da Psicologia Existencial, levando em consideração a Análise Existencial.

### **3.1 O movimento existencialista e a noção de encontro afetivo**

Segundo Lessa (2014) o movimento existencial se expressa simultaneamente de diversas formas e em lugares diferentes, caracterizando-se assim como um movimento espontâneo e coletivo, diferentemente de outras escolas psicológicas que tiveram um único criador. O contexto histórico da época, marcado pelo movimento intelectual da esquerda parisiense, as compreensões niilistas do homem e às filosofias anti-racionalistas, acabaram por estimular o aparecimento de uma nova corrente filosófica que serviu de embasamento teórico para a vertente psicológica chamada existencialismo.

O termo existir, derivado do verbo latino *ex-sistere*, significa literalmente: sair, emergir, aflorar. Esta definição etimológica indica claramente o objetivo comum de todos os representantes culturais do movimento existencial, tanto na Arte, quanto na Filosofia e na Psicologia. (MAY, 1977, p. 67).

Sendo assim, o existencialismo surge como um movimento de oposição ao aprisionamento do homem às convenções sociais, racionalistas, estáticas e mecânicas, que prevaleciam na época. Propondo, assim, uma ampliação do horizonte existencial, não apenas para um indivíduo isolado, mas também para toda a humanidade. Segundo tal perspectiva o existencialismo busca reforçar o papel da coletividade em detrimento de uma visão dicotômica e fragmentada do homem que prevalecia até então, visando superar a cisão ontológica clássica objetividade versus subjetividade, ou razão versus emoção. Contextualizando historicamente esse movimento filosófico podemos afirmar que:

[...] a característica principal da última metade do século XIX foi à ruptura da personalidade em fragmentos. Esses fragmentos foram os sintomas da desintegração emocional, psicológica e espiritual que ocorreu na cultura e no indivíduo. Observou-se um estado de falência do controle racional do homem. Suas emoções, adestradas através de um processo de negação dos sentimentos e da descaracterização da espiritualidade, resultaram numa desintegração pessoal e social, manifestando-se em várias formas de expressão cultural. (LESSA, 2014, p. 67-68).

Segundo May (1988, p.52): “o existencialismo, em poucas palavras, é o empenho para se compreender o homem evitando o abismo que, criado entre sujeito e objeto, tem prejudicado o pensamento ocidental desde o final da Renascença”.

Na Filosofia esse movimento também veio contrapor-se ao naturalismo e ao idealismo que predominavam como paradigmas nas artes, na ciência e na literatura. Para alguns autores ele veio falar da centralidade do homem enquanto ser no mundo; e devido a tal ruptura de paradigmas podemos pensar em uma proposta de compreensão do ser humano em sua totalidade e concretude de existência, o que alguns autores chamam de corporeidade. Este posicionamento serviu para que muitos filósofos titulassem a filosofia existencial como a filosofia do encontro, “[...] porque visa juntar ou articular os múltiplos aspectos da existência. Por mais paradoxal que seja ela tenta superar os radicalismos e integrar tudo aquilo que aparentemente podia ser percebido como separado, inconciliável ou excludente.” (LESSA, 2014, p.72).

“A perspectiva existencial valoriza o encontro no aqui-e-agora, em que o outro comparece com sua alteridade própria, afetando e sendo afetado, e não apenas enquanto uma representação”. (LESSA, 2014, p.82), o que implica dizer que este ser humano é constantemente afetado pelas relações interpessoais a que está subjugado, e também as afeta de forma recíproca. Há uma relação de reciprocidade entre as partes que são afetadas.

Essas relações interpessoais servem para diversos filósofos abordarem direta ou indiretamente o conceito de encontro, no qual o eu aparece em uma em uma dinâmica das relações interpessoais, perspectiva relacional, de interação com outras coisas e pessoas, o que implica dizer que o eu se constitui a partir das relações com outras pessoas e coisas e dos encontros provenientes dessas relações. “Todo eu somente pode constituir-se como tal quando referido a algum outro eu ou a alguma outra coisa qualquer”. (BUBER, 1977)

Sendo assim, o que mais caracteriza essa filosofia dialógica como uma filosofia dos encontros é a concepção relacional do conceito de eu, que constitui que a verdadeira vida é a vida com o outro. Por conseguinte, seria em um espaço chamado de inter-humano que as relações humanas e consequentemente a própria vida aconteceria. (LESSA, 2014, p.74)

Para Buber (1977) haveria dois prováveis modos ou modelos básicos de encontro: um encontro com outra pessoa, reconhecido como outro eu, e o encontro com pessoas ou objetos percebidos como coisas. O primeiro modelo de encontro é denominado EU-TU; e o segundo de palavra-princípio EU-ISSO. Qualquer relação existencial estaria vinculada a algum desses dois modelos de encontro, juntamente com o pensamento e a emoção. “Para a filosofia

z

existencial não é legítimo fazer com que um deles prevaleça sobre o outro, do mesmo modo que não seria legítimo fazer o pensamento prevalecer sobre as emoções e vice e versa”.

Quando o homem consegue estabelecer uma relação EU-TU realiza a possibilidade mais própria da existência. Esse homem considera o outro como um semelhante, situando-o no nível da isonomia (igualdade perante a lei) e da isegoria (igualdade de direito ao uso da palavra), próprio de uma relação horizontal. Esse homem não possui, nem julga possuir, nem as pessoas nem as coisas com as quais se relaciona. Pelo contrário. Quando um EU encara o outro como um TU, coisa alguma existe. Um EU que diz TU não possui coisa alguma, não possui nada. Ele permanece em relação. Com outras palavras podemos dizer que este homem não possui uma identidade fixa, rigidamente constituída, mas ele se entrega aos encontros afetivos e se dissolve na experiência do devir. Quando de lá emerge já não é mais o mesmo homem. Surge do encontro na condição de fruto da relação a que se entregou. Porque relação é reciprocidade. Meu TU atua sobre mim assim como meu EU atua sobre ele. (ibidem, p.75)

No livro *A clínica como exercício ético dos encontros afetivos* do psicólogo Jadir Lessa (2014) há uma explanação da palavra afeto, segundo Spinoza, que podemos utilizar:

O homem possui um critério, em nível existencial, onde pode observar um aumento ou uma diminuição de potência capaz de favorecer a sua ação no plano existencial, e aponta como critério o afeto. Para Spinoza o afeto ou o sentimento é um signo transitivo ou um devir. Como signo transitivo ele atesta um aumento ou uma diminuição na nossa potência de agir, uma espécie de variação intensiva para mais ou para menos.

E faz um comentário do que seria essa potência afetiva que envolveria alegria e tristeza:

Para Spinoza, potência é a força de afetar e de ser afetado. Ele considera três modalidades básicas de afeto: desejo, alegria e tristeza. O desejo é a própria possibilidade do desvio que favorece os encontros corpóreos. Não existem encontros casuais. A alegria é o sentimento que resulta da composição nas relações entre os corpos. Tristeza é o sentimento que resulta do constrangimento, que provoca a decomposição nas relações entre os corpos [...] Compor com o outro corpo significa associar-se, cooperar com ele, unir forças. Quando fazemos uma composição com o outro, nossa potência é aumentada, experimentamos o afeto da alegria e o conhecimento fica favorecido. Quando estabelecemos uma relação de decomposição, ocorre o oposto: sentimo-nos constrangidos, somos afetados pela tristeza, nossa potência de agir diminui e ficamos com a mente obscurecida. Quando fazemos um aprendizado de algo que nos afeta com alegria, ficamos com a mente mais ampla. Quando nos relacionamos com algo que nos causa tristeza ficamos entorpecidos, porque aquilo que causa tristeza domina nossa mente. (LESSA, 2014, p. 61).

Por conseguinte, no que concerne o conceito de afeto podemos dizer que juntamente com o percepto, ele vai originar a sensação e compor os cenários não humanos da natureza, antecedendo as percepções e os sentimentos que compõem a consciência, responsável pela realização de interesses práticos, conforme ilustra a seguinte citação. (LESSA, 2014, p.62-63)

Quando renunciamos aos movimentos extensos da vida para nos colocarmos em estado de contemplação, desfazemos a realidade reconhecida pela consciência, rompemos com o compromisso de identificar a realidade reconhecida pela consciência, rompemos com o compromisso de identificar a realidade, deixamos a consciência liberta da função de presidir as nossas ações; saímos, enfim, do espaço-tempo onde a ação incide para entrarmos no espaço-tempo da sensação. Contemplar é sentir de uma forma amplificada, perceber com maior nitidez as nuances das paisagens e as diferenças qualitativas existentes entre os afetos. Contemplar é habitar o espírito intuitivamente. A intuição é acionada toda vez que não agimos, pois quando renunciamos aos movimentos largos da vida, suspendendo as ações motoras, voltamos à atenção da consciência para o lado sensorial e alcançamos a condição de discernir melhor o que se passa no espírito quando ele é preenchido por sensações. (LESSA, 2014, p. 61)

De acordo com tal pressuposto, tanto o afeto, quanto o sentimento não seria tão fidedigno a uma leitura do corpo, quanto uma imagem ou uma afecção, e qualquer coisa pode ser causa de alegria, tristeza ou desejo. Para Lessa (2014, p.60-61) “esses afetos, enquanto afetos primários são sempre passivos, entendendo-se por afetos passivos os primeiros afetos experimentados pelo homem, enquanto ele ainda não age, já que a ação é uma conquista”.

Os afetos secundários são derivados por intermédio desses afetos primários de alegria e de tristeza, que no início apresentam-se confusos e envoltos em opiniões inadequadas. A partir do momento que o corpo começa a agir, começa a conhecer afetos ativos, que podem produzir alegria, ou seja, o sentimento de alegria seria secundário a um processo de compreensão e ação desse corpo que agi, e conseqüentemente esse sentimento é considerado ativo.

Para Spinoza a alegria é um afeto que aumenta a potência de agir e que revela que foi feita uma composição com outro corpo. Com essa composição a potência do corpo fica ampliada ou expandida e o entendimento do pensamento ou da alma fica favorecido. A tristeza constitui uma espécie de constrangimento, e enquanto constrangimento atesta que houve um mau encontro, uma decomposição de relações, uma espécie de envenenamento. A tristeza revela que houve uma diminuição ou um enfraquecimento da potência de agir do corpo e da alma. Um padecimento que produz na alma um conhecimento confuso e no corpo uma desagregação das relações corpóreas, que tem como limite a morte. Ademais, afirma que o homem não sabe o que o deixa alegre e o que o deixa triste. Mas mesmo que não saiba, a priori, é preciso que aprenda a buscar a alegria que resulta dos bons encontros e a evitar a tristeza e o constrangimento que são frutos dos maus encontros. (LESSA, 2014, p.62-63)

Para alguns filósofos a filosofia do corpo, a partir de alguns desdobramentos, pode ser chamada de filosofia da alegria. Desse modo, algumas vertentes materialistas ou panteístas acabam por enaltecer essa qualidade e denunciar toda a tristeza. Segundo Spinoza citado por Lessa (2014, p.62-63):

[...] não se sabe o que pode um corpo, nem o que pode um espírito. Mas o exercício deste saber, que é inseparável de um exercício de sua potência, pressupõe cuidados

éticos: combater todas as instâncias que promovem a tristeza e cuidar de promover bons encontros, capazes de favorecer a potência de agir, de sentir, de pensar e de compreender, longe das superstições e dos constrangimentos.

Ademais, segundo Espinosa, não haveria oposição geral entre razão e afetividade, pois o conhecimento intelectual pode interagir com as paixões, moderando-as e transformando a vida afetiva, pelo fato do conhecimento intelectual ter a mesma raiz que as paixões.

Por outro lado, alguns autores procuraram devolver à afetividade a importância que lhe foi negada pelo paradigma racionalista predominante, já que de acordo com tal paradigma o conhecimento válido cientificamente eliminava as variáveis emocionais. Outros também pontuaram algumas considerações sobre a temática do afeto, dentre eles podemos destacar a participação de vários psicólogos sociais, tais como Vygotsky, que falava sobre a natureza mediacional das emoções na constituição do psiquismo humano, fazendo alusão à afetividade como um dos sentimentos duradouros ou superiores.

Sendo assim, cabe ressaltar que inúmeras são as possibilidades de se trabalhar esse tema, mas para a filosofia existencial a noção de encontro afetivo pretende integrar os diversos aspectos paradoxais que habitam a existência humana.

Logo podemos concluir que a psicoterapia existencial não possui como intenção interpretar ou explicar a realidade vivencial do paciente. É ele próprio quem faz alguma interpretação sobre si mesmo, o que acaba refletindo sobre suas próprias escolhas existenciais. Desta forma, poderá encontrar sentido para as questões que a vida lhe apresenta. “O objetivo da psicoterapia não é enquadrar o paciente em padrões morais ou em modelos teóricos, mas buscar compreender o modo pessoal de existir de cada paciente, tal como ele o experimenta em suas relações com pessoas e coisas”. (LESSA, 2014, p.79)

Portanto, tomando como referência o que já foi exposto podemos afirmar que o paciente tem como objetivo confrontar-se com a sua experiência no aqui-agora, e conseqüentemente com todas as suas relações afetivas, incluindo com a própria pessoa do psicoterapeuta. Cabe ressaltar que em todas essas relações o objetivo do diálogo é o encontro. E o encontro originado por um movimento dialético, onde se dá a expressão simultânea de dois desejos: o de mostrar-se para o outro e o de descobrir a alteridade desse outro, acontece que quando alguém se dispõe a romper as fronteiras e os limites expressos pela circularidade das rotinas, dos hábitos e dos condicionamentos para se lançar a partir do novo e da diferença. O encontro sempre implica no descobrimento do novo. (LESSA, 2014, p.84)

Com relação ao encontro afetivo proporcionado por uma visita hospitalar em um setor diferenciado, onde a possibilidade de falecimento do paciente é mais presente, devido à gravidade do quadro clínico do mesmo, podemos pensar que o afeto que comparece nessa circunstância possa não ser somente da ordem do amor, ou melhor, um sentimento com características positivas. Em alguns casos, pode haver outro apelo, outra motivação por detrás dessa visita tão singular, em um momento tão delicado da vida de um paciente que se encontra em uma situação limítrofe de existência, na eminência ou não de morte; uma motivação relacionada a um sentimento de culpa ou ao narcisismo do próprio visitante.

A hipótese que levantamos após a pesquisa é que o que move alguém a comparecer a uma visita de UTI pode estar relacionado ao próprio visitante, mais do que o próprio apelo da doença grave. É algo que diz de uma dívida simbólica, de encontro e de afeto com aquele que a qualquer momento pode vir a falecer ou não. É como se na incerteza da morte coubesse a certeza de um último adeus; de um último encontro que pudesse significar algo de valioso para a nossa existência.

De qualquer forma essa hipótese faz cair por terra o mito cor-de-rosa em torno desse tipo de visita, uma vez que o visitante, por sua vez, se sente convocado a participar deste tipo de visita por outros motivos, que não àqueles relacionados a um afeto amoroso e sim a motivos relacionados ao narcisismo do visitante, no que diz respeito a suas relações familiares, em especial, sua relação com o paciente. Nesse desfecho, pode vir à tona antigas feridas narcísicas e problemas não resolvidos inerentes ao relacionamento pré-existente, assim como a satisfação por ter honrado um compromisso socialmente esperado.

Vale a pena destacar que a vivência desse processo não está limitada apenas ao tempo cronológico em si, do momento da visita. Mas participam da sua construção elementos anteriores, que precedem a interação visitante-paciente desse momento da internação.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Chauí (1998), podemos definir método como um instrumento racional para adquirir, demonstrar ou verificar conhecimentos.

Tal pressuposto justifica-se quando pensamos em ciência moderna e suas grandes formulações acerca do real, que permitem um grande poder de controle sobre os fatos da natureza. Nesse modelo de ciência as metodologias são bem constituídas, principalmente seus métodos, que permitem a descrição de muitos fenômenos através de uma linguagem matemática e precisa, fornecendo ao cientista caminhos assertivos para sua tarefa de pesquisar.

Atribui-se aos conhecimentos gerados nesse período histórico (Modernismo, século XVII-XVIII), a instalação de uma revolução no campo do conhecimento, onde antigas verdades científicas são abandonadas e a imagem mítica do Cosmos é destruída por Galileu (156-1642) com a introdução de um universo físico unitário, submetido à disciplina da física e da matemática, onde a relação qualitativa como base para a produção do conhecimento é descartada, pois apenas o quantificável é confiável e, portanto considerado ciência.

Dessa forma, o modelo de racionalidade dessa ciência considera apenas duas formas de conhecimento: a científica e a não científica, instalando um paradigma totalitário, na medida em que se nega e se rejeita todas as outras formas de conhecimento não baseadas em tais princípios.

É nesse sentido que Boaventura de Sousa Santos (1996) sustenta seu olhar sobre a ordem científica hegemônica, uma ciência que insiste em manter-se inflexível às reais necessidades humanas. Ele questiona a estrutura deste modelo científico baseado em princípios epistemológicos e metodológicos restritos, desenvolvidos a partir do século XVI e que ao longo dos anos foi fortalecendo-se. A sua maior crítica remete-se à estrutura desta ciência baseada em um mundo cognoscível, pautada em uma ordem cronológica, espacial e vertical, que foi fundada em uma dinâmica que ele chama de “determinismo mecanicista” e que tem permeado diretamente o comportamento e imaginário da sociedade.

Ele analisa sob um olhar sociológico a crise dessa ciência e propõe um perfil de uma ordem científica emergente.

De acordo com o artigo *Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade*, observamos que atualmente há um aumento crescente de pesquisas no campo das ciências humanas referenciadas em epistemologias emergentes, diversas da concepção epistemológica

objetivista predominante que vem dando sustentação à ciência desenvolvida na modernidade (FERREIRA, CALVOSO, GONZALES, 2002). Tais epistemologias vêm servindo de terreno para uma diversificação de métodos de pesquisa, principalmente os chamados “métodos qualitativos”.

Nesse paradigma emergente de Ciência que está se esboçando, além do conhecimento e seus critérios de validade, o sujeito e o objeto também passam a ser assumidos como resultados de processos de construção. Assim, podemos considerar que nenhuma dessas três entidades existe independente uma da outra (IBAÑEZ, 1994).

Cabe aqui especularmos sobre fatores que favoreceram as mudanças paradigmáticas. Para Santos (1996), o questionamento da ciência moderna é fruto, tanto de fatores teóricos, quanto sociais. O próprio avanço científico propiciou a identificação das insuficiências estruturais do paradigma dominante.

Tal mudança de concepção, conforme Santos (1989), vem se esboçando já desde o final do século XIX, através do questionamento do modelo de ciência, tanto em relação aos seus pressupostos epistemológicos, quanto ao seu método.

Gadamer (2005), assim como outros autores, oferece mais um elemento para apoiar essa concepção. Para ele, a cultura é o meio universal da experiência, na qual se está enraizado, existindo através da linguagem. Desta forma, os conceitos referentes à realidade, desenvolvidos pelo conhecedor, estarão sempre impregnados de seus conteúdos culturais.

Na filosofia clássica, o indivíduo possui a razão, que lhe trará a percepção e o conhecimento do mundo que está ao seu redor. Apoiados nessa concepção de sujeito, teóricos, como Jean Piaget (1973), acreditam que, através de um processo de maturação/estruturação cognitiva, a pessoa vai tornando-se capaz de apreender a linguagem. Esse processo iniciar-se-ia através das ações da própria criança sobre o mundo, o que a levaria à construção de um simbolismo, uma capacidade de representar, de dar significados. A linguagem seria um meio de expressão, um instrumento para manifestar um conhecimento em construção.

Seguindo esse pensamento, pode-se dizer que o ser humano é constituído a partir (da) e na linguagem. A linguagem, para muitos estudiosos da Psicologia, da Filosofia e da Linguística, pode ser considerada como aquilo que mais distingue o homem dos outros animais. Os seres humanos são dotados de um corpo frágil, mas, em contrapartida, possuem o atributo da linguagem, que lhes permite representar o mundo, entendê-lo e agir sobre ele, transformando a realidade. Portanto, falar em linguagem seria falar do que há de mais essencialmente humano.

Para Brunetto (1999) o sujeito é fundamentalmente um ser de fala, tendo sido até criado um substantivo para isso: Parlêtre ou ser falante.

Conforme Martins e Bicudo (1994) a pesquisa qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que é estudado, não há ênfase à generalização e o foco da atenção é centralizado no específico. A abordagem qualitativa engloba de maneira peculiar traços de suma importância para uma pesquisa que leva em consideração a singularidade do participante.

Destacamos, ademais, que pelo fato da nossa pesquisa ter sido uma pesquisa bibliográfica, lançamos mão de uma revisão de literatura para investigar o fenômeno que pretendemos abordar, no caso, às visitas de UTI.

Para dissertarmos com mais propriedade sobre tal fenômeno utilizamos como referência a UTI adulto do Hospital Municipal Djalma Marques (HMDM) – Socorrão I. A Unidade de Terapia Intensiva do HMDM está localizada no segundo andar do referido hospital e possui uma antessala onde é feita a primeira abordagem aos visitantes, uma enfermaria com nove leitos, dois banheiros e duas salas de repouso.

O setor é formado por uma equipe permanente de médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas que trabalham em esquema de plantão. A presença do psicólogo está vinculada ao horário de visita do referido setor que se dá todos os dias de 11:00h às 12:00h pela manhã e das 15:30h às 16:30h pela tarde, e mediante a solicitação de resposta de parecer técnico, a qualquer hora do dia.

Conforme explanamos anteriormente, a UTI da referida instituição tem como finalidade atender a pacientes graves ou potencialmente graves, possuindo um nível elevado de intervenção terapêutica. Os exemplos mais comuns de diagnósticos são: infarto agudo do miocárdio, desconforto respiratório, acidente vascular cerebral, hipotensão arterial refratária, traumas e pós-operatório.

Como ambiente de alta complexidade, é local reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõe estabelecer monitoramento completo e vigilância 24 horas. Cada leito contém monitores cardíacos, cama elétrica projetada, oximetria de pulso e rede de gases.

Com relação ao horário de visita é permitida somente a entrada alternada de dois visitantes para cada paciente e existem 06 (seis) leitos na UTI, se comparecem para todos os pacientes dois visitantes por dia, o universo de visitantes seria constituído por 18 (dezoito) pessoas por dia. Lembrando que tal quantitativo caracteriza-se apenas como uma estimativa,

quando levamos em consideração que nem sempre os pacientes recebem visita ou que, em alguns casos, recebem apenas um visitante. Havendo pacientes, inclusive, que permanecem todo o período de coletas sem receber visitas.

Pelo fato da duração do horário de visita ser apenas de uma hora, cada visitante utiliza 30 minutos para realizar a visita, de forma alternada, pois dois visitantes não podem entrar juntos. Em casos de idosos e hipertensos, por exemplo, que estejam passando mal, a própria equipe de saúde solicita que o psicólogo entre junto com o visitante.

Sendo assim, tentaremos avançar em nossos argumentos sobre os laços afetivos serem os motivadores de visitas à pacientes de UTI, apoiados nas considerações teóricas já explicitadas e adotaremos um dos procedimentos fundamentais para quem realiza este tipo de pesquisa, a ida aos textos que estabelecem os conceitos e as formulações teóricas.

Como durante o horário de visita é permitido somente a entrada alternada de dois visitantes para cada paciente e existem 06 (seis) leitos na UTI, se comparecem para todos os pacientes dois visitantes por dia, podemos observar uma população ou universo constituído de 18 (dezoito) visitantes por dia. Lembrando que tal quantitativo torna-se apenas uma estimativa, quando levamos em consideração que nem sempre os pacientes recebem visita ou em alguns casos recebem apenas um visitante. Há pacientes, inclusive, que permanecem todo o período de internação sem receber visitas.

Nessa rotina hospitalar a leitura de prontuário serve para obter itens clínico-médicos referentes ao estado de saúde dos pacientes.

A pesquisa contou inicialmente com uma revisão de literatura sobre estudos que tratavam sobre processo saúde e doença, afeto, além de pesquisas em fontes documentais, dispositivos legais e outros marcos regulatórios referentes à Saúde Pública, onde se inclui a Política de Humanização, que veio regulamentar a presença de uma equipe interdisciplinar nos hospitais, o que possibilitou e legitimou o lugar do psicólogo, nos mais diversos setores de especialidades médicas, dentre eles a UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Os estudos contaram com uma análise qualitativa desses conceitos, tendo em vista a inclusão ou exclusão de alguns textos de acordo com o objetivo da pesquisa. “A epistemologia qualitativa é considerada como um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica”. (REY, 2002, p.29).

Nesse sentido, segundo Rey (2002) fica praticamente impossível informar todas as formas de análise de dados qualitativos existentes, uma vez que fica evidente que cada tipo de pesquisa qualitativa possui um método específico de análise de dados. Nosso procedimento

Z

de análise de dados teve como primeiro passo a leitura do *corpus*, conjunto de alguns textos e artigos referentes ao tema, visando identificar tendências e aspectos relevantes para, posteriormente, serem analisados de forma mais criteriosa.

Para analisar os textos temos que entender a linguagem como ação, transformação, como um trabalho simbólico em “que tomar a palavra é um ato social com todas as suas implicações, conflitos, reconhecimentos, relações de poder, constituição de identidade etc.” (ORLANDI, 1998, p. 17).

Dessa forma, recusa-se a tese idealista de algumas teorias linguísticas que defendem a existência de uma relação direta entre a língua e o objeto por ela designado. Em outras palavras, o sujeito é determinado sempre por outros dizeres, ou todo discurso é determinado pelo interdiscurso. Logo, todo discurso produz sentidos a partir de outros sentidos já cristalizados na sociedade.

Então, podemos conceber a memória discursiva como sendo esses sentidos já cristalizados, legitimados na sociedade e que são reavivados no intradiscurso. Este é, muitas vezes, apagado pela ideologia, para produzir o efeito de homogeneidade discursiva, espaço de deslocamentos, de retomadas, de conflitos, de regularização. (GUERRA, 2011).

Para Caregnato e Mutti (2006), o interdiscurso significa os saberes constituídos na memória do dizer; sentidos do que é dizível e circula na sociedade; saberes que existem antes do sujeito; saberes pré-construídos constituídos pela construção coletiva. O intradiscurso é a materialidade (fala), ou seja, a formulação do texto; o fio do discurso; a linearização do discurso. Temos aí, inclusive, a justificativa pela qual adotamos a revisão bibliográfica como um recurso para interpretar os dados referentes a este tipo de pesquisa qualitativa, que oportuniza buscar uma possibilidade de leitura das entrelinhas dos textos que estabelecem os conceitos e as formulações teóricas relacionados a esse tema específico. Buscou-se justificativas e significados em cada leitura de cada texto selecionado. Importa dizer que nossa leitura dessas teorias é apoiada nas considerações dos argumentos que nos levariam a acreditar que os laços afetivos seriam os motivadores de visitas à pacientes de UTI.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvido podemos tecer algumas considerações com relação a nossa pesquisa que teve como pretensão estudar algumas questões relativas ao panorama da UTI.

O universo da UTI é um universo de extrema fragilidade emocional tanto para o paciente, quanto para o visitante. Talvez seja o ambiente hospitalar, onde o impacto do processo de hospitalização seja sentido de forma mais intensa. Sendo assim, não poderíamos deixar de mencionar que as relações afetivas se modificam devido a tal condição. Há uma nova vivência a ser experimentada, vinculada, principalmente, às pressões e às cobranças desse ambiente hospitalar diferenciado. A eminência da morte impõe comportamentos diferenciados e configura uma passagem à outra realidade, uma realidade psíquica dura, na maioria das vezes, que acompanha o “sujeito” em qualquer lugar, tendo em vista ser esta uma experiência marcada por descobertas e novas configurações.

Não obstante, podemos destacar a importância da presença do psicólogo hospitalar nas equipes de assistência para intervir apropriadamente nas questões relacionadas à saúde mental, tanto dos pacientes, quanto dos visitantes.

Nessa crença, é visível como a compreensão e conseqüente abordagem dos fenômenos psicopatológicos podem ser acompanhadas através de outro ângulo, por meio de um profissional habilitado e preparado para tal função, com o devido cuidado que a presente situação requer.

Nesse momento, surge outra questão: como identificar um caso de intervenção mais sistemática, sem confundí-lo com as características inerentes ao próprio período de internação?

Segundo alguns especialistas, a resposta para tal questionamento consiste na observação da frequência com que os sintomas ocorrem. Mas, mediante esse contexto, advêm outras proposições, tais como: a conceituação de sintomas, que na Psiquiatria e em algumas abordagens da Psicologia ocupam lugares diferentes. Isto sem deixar de comentar a influência do marketing farmacêutico na criação de categorias nosográficas, visando apenas o lucro, afinal só há antidepressivos se houver um “sujeito” classificado como depressivo, e que precisa de ajuda.

Portanto, não raro tais questionamentos são subvertidos em função de conceitos diagnósticos que tão pouco nos auxiliam na elaboração de um raciocínio mais profundo sobre

as doenças mentais. Inclusive, há estudos que sinalizam que o suporte afetivo pode evitar que o paciente desenvolva tais patologias.

Logo, faz-se necessário que a visita seja acompanhada pelos serviços de saúde, através de atendimentos especializados, por profissionais capacitados na área, que oferecem uma assistência diferenciada voltada para a especificidade da UTI.

A necessidade de acompanhamento das visitas reflete-se, na verdade, em propostas que minimizem situações de conflito e sofrimento em relação a esse momento. Sendo assim, o momento da visita deve ultrapassar os aspectos físicos, biológicos e até mesmo econômicos, para se tornar um momento de aproximação afetiva e fortalecimento do vínculo visitante-paciente, o que não tardará em trazer consequências positivas para o desenvolvimento desse tipo de trabalho.

Tendo em vista a importância da visita no contexto hospitalar, entendemos que esta conduta também está relacionada à programas de diversas naturezas, além da valorização desse hábito na família, entre amigos e demais conhecidos. Vale ressaltar, que tal conduta mobiliza questões relativas às instituições de saúde, tais como os sistemas de Saúde Pública, a “família” e o próprio paciente.

Entretanto, neste trabalho podemos perceber que, apesar do suporte familiar ser um aspecto relevante para o tratamento e promoção de saúde mental dos pacientes, nem sempre o hábito da visita é vinculado a um processo de identificação construído através de um laço afetivo amoroso. Pode se observar que, em alguns casos, na verdade, trata-se de um hábito que está relacionado com a própria pessoa, com o seu narcisismo etc.

À medida que íamos discorrendo sobre este universo tão peculiar e diferente com o intuito de estabelecer alguns questionamentos; outros questionamentos subjacentes urgiam serem esclarecidos, ou pelo menos mencionados. Porém, convêm ressaltar a impossibilidade de se contemplar todos eles, tendo em vista a inesgotabilidade da problemática. Desta forma, coube-nos focar em algumas discussões possíveis.

É válido destacar que em um primeiro momento acreditávamos ser pela via do amor que este laço afetivo comparecia. Contudo, esta visão foi refutada a partir das leituras e das inferências encontradas nos próprios textos relacionadas ao termo afeto.

Nessa dimensão, nos reportamos brevemente à realidade desse ambiente hospitalar diferenciado desmistificando algumas considerações com relação ao afeto que comparece na eminência de uma pretensa morte e a força que esse significante morte

transmite para os entes queridos, amigos ou familiares daquele paciente que se encontra em um leito de UTI.

Dessa forma, a proposta de pesquisa contemplada nesta dissertação reveste-se de significativa relevância acadêmica e social, pois apesar de existirem estudos sobre o trabalho do psicólogo em hospitais públicos, a grande maioria limita-se ao papel do psicólogo nas enfermarias; pesquisas sobre a participação do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva são em número inexpressivo ainda.

Acredita-se que a presente investigação permitirá uma inserção mais crítica neste processo, levantando reflexões referentes ao dia a dia desses visitantes, à importância dos seus sentimentos e ao lugar que eles ocupam para esses pacientes graves, que muitas vezes estão impossibilitados de falar, pois se encontram sedados, entubados, traqueostomizados, em coma, em inúmeras situações adversas, mas, todavia estão vivos.

Executores de atividades rotineiras e burocráticas em uma instituição que tem como objetivo a recuperação de vidas. Portanto, fornecer subsídios para contribuir com a análise, o debate e a busca de alternativas para a melhoria da ação desses profissionais da sua saúde, da relação paciente/visitante/médico e, quiçá, da própria UTI.

As considerações em torno deste estudo fazem pensar que a prática do psicólogo hospitalar na UTI ainda é recente e pouco usual.

Conclui-se, portanto, compreendendo que este estudo procurou retratar um pouco da realidade dos visitantes que se deparavam com o universo da Unidade de Terapia Intensiva e, conseqüentemente, direta ou indiretamente, com a eminência da morte de alguém conhecido; e, por conseguinte abriu portas para futuros estudos psicológicas em uma área ainda pouca explorada.

## REFERÊNCIAS

ALTMANN, E. B. C. **Fissuras labiopalatinas**. 2. ed. Carapicuíba: Pró-Fono, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 Set. 1990. Seção 1.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: CNS/CONEP, 2002. (Série CNS Cadernos Técnicos / Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 133).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretária de Atenção à Saúde**. Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. 2.ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BALESTRINO, Maria de F.; BARROS, Solange B. de M. A relação entre concepção de processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Revista Polidisciplinar da Faculdade Guairacá**, v.1, jul. de 2009.

BESTEIRO, M. M.; BARRETO, M. P. **La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalano**. Bilbao: Desclée, 2003.

BRUNETTO, A. Ser ou não Ser... um Sujeito? Eis a Questão do Autista. In: ALBERTI, S. (org.). **Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquise**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, p. 267-272, 1999.

BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Editora Moraes, 1977.

CAMON, V. A. A. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise do discurso versus análise de conteúdo. **Texto, Contexto, Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.15, out./dez., p. 679-84.

CARVALHO, A. M.; SOUSA, R. A. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, Minas Gerais, v. 8, n.3, p. 515-523, 2013.

CECCIN, R. B. **Criança hospitalizada**: a atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Ed. Universitária, 2001. p.125-137.

CHAMMÉ, Sebastião J. Corpo e Saúde: inclusão e exclusão social. **Revista Saúde e Sociedade**, v.11, n.2, p.3-17, 2002.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1998.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIM, C. P. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

CHIATTONE, H. B. C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2003.p. 73-165.

DEJOURS, C. A. **Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

EKSTERMAN, A. O clínico como psicanalista. In:\_\_\_\_\_. **Contribuições psicanalíticas à medicina psicossomática**. **Revista de Psicossomática**, n.3, v.1, 1986.

FERRARI, Douglas. A Unidade de Terapia Intensiva: guia prático para familiares. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/uti-guia.html> . Acesso em: 14 maio 2014.

FERREIRA, R. F.; CALVOSO, G. G.; GONZALES, C. B. L. Caminhos da pesquisa e a Contemporaneidade. **Revista Psicologia**: reflexão e crítica, n. 15, v.2, p. 243-250, 2002.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2012.

FRANCO, T. B. Modelos técnico-assistenciais em saúde. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (org). **Inserção da psicologia na saúde suplementar**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região: CRP 06, 2007. (Cadernos Temáticos 4).

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989. (Coleção polêmicas do nosso tempo; 4).

FREYRE, Gilberto. **Sociologia da Medicina**. 2. ed. São Paulo: É Realizações Editora, 2004.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: Introdução. Petrópolis: Vozes, 2005.

GONZALEZ-REY, Fernando L. Epistemologia Qualitativa: suas implicações metodológicas. **Revista de Psicologia**, n.5, p. 13-32, dez. de 1997.

GORAYDE, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. (orgs.) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Granada: Editora UEL, 2001. p. 263-278.

GUERRA, V. M. L. **Uma reflexão sobre alguns conceitos da Análise do Discurso de linha francesa**. Disponível em:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E46KaP\\_MJUIJ:paginapessoal.utfpr.edu.br/cfernandes/analise-do-discurso/textos/UMA%2520REFLEXO%2520SOBRE%2520ALGUNS%2520CONCEITOS%2520DA%2520ANLISE%2520DO.pdf/at\\_download/file+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:E46KaP_MJUIJ:paginapessoal.utfpr.edu.br/cfernandes/analise-do-discurso/textos/UMA%2520REFLEXO%2520SOBRE%2520ALGUNS%2520CONCEITOS%2520DA%2520ANLISE%2520DO.pdf/at_download/file+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br) .Acesso em: 13 jun. 2014.

HELMAN, C. G. **Saúde, Cultura & Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBAÑEZ, T. La construcción del conocimiento desde uma perspectiva socioconstruccionista. In: MONTERO, M. (org.). **Conocimiento, realidad y ideología**. Caracas: Asociacion Venezolana de Psicologia Social / AVEPSO, 1994.

KNOBEL, E. (2010). **A vida por um fio – e por inteiro**. Disponível em:  
<http://www.knobel.com.br/site/235> . Acesso em: 11 dez. 2012.

LESSA, J. M. **A clínica como exercício ético dos encontros afetivos**. São Luís: Edufma, 2014.

MARIN, M. J. S.; CAETANO, F. B.; PALASSON, R. R. Avaliação da satisfação dos usuários do programa interdisciplinar de internação domiciliar (2001). Disponível em:  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/domiciliar.html> . Acesso em: 13 jun. 2014.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes/EDUC, 1994.

MARTINS, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a de formação do profissional saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAY, R. . **Existência**. Madri: Editorial Gredos, 1977.

\_\_\_\_\_. **A Descoberto do Ser**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1988.

MELLO, J. B.; CAMARGO, M. O. O. **Qualidade na saúde**. São Paulo: Best Seller, 1998.

ORLANDI, E. P. A leitura e os leitores possíveis. In: \_\_\_\_\_ (org.). **A Leitura e os Leitores**. Campinas: Pontes, 1998.

PIAGET, J. **Para onde vai a educação?**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympo Editora/Unesco, 1973.

PINKUS, L. **Psicologia da saúde**. São Paulo: Paulinas, 1988.

POLIGNAMO, Marcos Vinicius. **História das políticas públicas no Brasil**. 2001

GONZALEZ-REY, Fernando L. Epistemologia Qualitativa: suas implicações metodológicas. **Revista de Psicologia**, n.5, p. 13-32, dez. de 1997.

RODRIGUES, O. M. P. R; TROIJO, M. A. F; TRAVANO, L. D. Qualidade interacional entre profissionais e pacientes visando à humanização e sala de espera: a veiculação das informações na rotina de caso novo. In: NEME, C. M. B; RODRIGUES, O. M. P. R. **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: RiMa, 2003.

RODRÍGUEZ-MARIN, J. En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario. In: REMOR, E.; ARRANZ, P. & ULLA, S. (orgs.). **El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario**. Bilbao: Desclée, 2003, p. 831-863.

ROMERO, E. **As dimensões da vida humana, existência e experiência**. São José dos Campos: Novos Horizontes Editora, 1996.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Edições Afrontamento, 1996.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2002.

SEBASTIANINI, R.W. Mecanismos de defesa do ego: a eleição do órgão de choque. In: ZUGAID, M. T. (Org.). **Obstetrícia e Psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997, p.15-39.

SILVA, G.S.N. A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: CAMON, V. A. A. (Org.). **Atualidades em Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2014. p.135-185.

SOAR FILHO, E. I. A interação médico-paciente. **Revista da Ass. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42, 1998.

TÄHKÄ, Ä. V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

YAMAMOTO, O. H., TRINDADE, L. C. B. O & OLIVEIRA, I. F.. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**, v.13, n.1, p. 217-246, 2002.