

LIMITES E DESAFIOS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR FRENTE ÀS MUITAS FACES DA DESIGUALDADE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JULIA SCHWANZ ANDREAZZA¹; AIRI MACIAS SACCO²

¹ Universidade Federal de Pelotas – andreazza.julia@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas – airi.sacco@ufpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, de caráter descritivo e analítico, configura-se como um relato de experiência que busca refletir sobre os limites da atuação da Psicologia Hospitalar no cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidade social. A análise aqui realizada considera a centralidade de barreiras institucionais, sociais e econômicas no que se refere ao acesso, à qualidade e à permanência nos serviços de saúde, bem como à sua resolutividade, além das diferentes formas de preconceito, presentes tanto dentro do ambiente hospitalar quanto fora dele. Para tanto, minhas vivências como estagiária foram colocadas em diálogo com a literatura da Psicologia da Saúde e das políticas públicas em saúde, analisadas sob uma perspectiva crítica e interseccional.

Assumo a premissa de que “é na sutileza que a gente consegue perceber que as heranças coloniais da sociedade brasileira permeiam os muros do hospital” (DE PAULA; DA COSTA, p.102, 2022). Assim, parto da articulação entre a observação do contexto de vida precário dos pacientes dos setores nos quais estagiei e as suas histórias de sofrimento, intrinsecamente relacionadas à realidade social, para problematizar o alcance do trabalho tradicional da Psicologia frente às reais demandas apresentadas pela população usuária do SUS (Sistema Único de Saúde). A partir disso, tenho como propósito identificar desafios enfrentados pelos profissionais de Psicologia no atendimento a populações vulneráveis, e analisar questões relacionadas à estigmatização dentro do sistema de saúde, à desigualdade e à garantia de direitos.

Com este trabalho, busco explorar brevemente como os desafios da Psicologia Hospitalar no Brasil se estendem para além das adversidades já muito apontadas pela literatura da área, ligadas à estrutura do hospital e ao modelo biomédico. Tais questões são pertinentes e presentes no cotidiano hospitalar brasileiro, mas se potencializam e se transformam quando somadas à materialidade da precariedade da vida de muitos pacientes. Essa conjuntura parece implicar na perpetuação de violências sociais no ambiente hospitalar, além de contribuir para o descaso, a negligência e a utilização de estratégias de cuidado parciais e insuficientes. Nesse contexto, e ao pensar nas práticas de cuidado, é cada vez mais fundamental que não percamos de vista quem são a maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde: pessoas negras, das periferias e de baixa renda (BARROS; PEREIRA; NEVES, 2024).

2. ATIVIDADES REALIZADAS

A experiência de estágio da qual emergiram as cenas e inquietações que originaram o presente trabalho teve como palco o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE-UFPel). O HE oferece serviços de saúde unicamente pelo SUS e, como hospital universitário, é campo de ensino, pesquisa e extensão para diferentes cursos da UFPel. O hospital também conta com 172 leitos, equipes multiprofissionais e setores especializados. Minha experiência enquanto estagiária se deu nos setores da Clínica de Precaução Adulta (CPA) e na Clínica Médica da Rede de Urgência e Emergência (RUE 3).

Realizei, sozinha e sob a supervisão da minha preceptora local, anamneses e triagens psicológicas, tanto com pacientes como com seus

acompanhantes, oferecendo acompanhamento e acolhimento à beira do leito. Esse tipo de cuidado tem como objetivo principal fornecer suporte emocional durante a internação, bem como orientações sobre possíveis encaminhamentos. Nesses atendimentos, realizados com pacientes de diferentes idades e regiões, acometidos por doenças muito diversas entre si, percebi que questões ligadas à materialidade da vida e a vulnerabilidade social emergiam com muita frequência, assumindo centralidade em suas ansiedades e angústias, muitas vezes ocupando um lugar maior em suas preocupações do que o próprio motivo da internação. O adoecimento é um período que, por si só, tem como característica o aumento da fragilidade, biológica, psicológica e social (FERREIRA ET AL., 2017). Dito isso, cabe questionar as razões pelas quais preocupações diretamente relacionadas ao quadro clínico parecem assumir um segundo plano diante das inúmeras necessidades de ordem prática que acompanham os pacientes durante a internação — e, diante desse cenário, refletir se estamos ou não sendo preparados teoricamente para atendê-los de forma integral.

Dentre essas angústias, o trabalho (ou falta dele), o cuidado com os filhos ou pais, a renda da família e a possível perda de benefícios foram alguns dos fatores mais recorrentes. Observei como, para os usuários dos serviços do HE, questões socioeconômicas como estas são, muitas vezes, mais urgentes do que a demanda inicial de saúde, seja ela de ordem física ou psíquica, embora reflitam diretamente nela. A ansiedade gerada por essas preocupações se materializa em mais dificuldades que interpelam nossa prática, como a de adesão ao tratamento, de adaptação à internação e de continuidade dos cuidados, frequentemente culminando em reinternações, agravos, evasões e óbitos. Nesse contexto de muitas faltas — falta de dinheiro para o transporte, falta de condições sanitárias e de moradia adequadas, falta de suporte social e de acesso à serviços e ao lazer — se desenha um campo de atuação complexo, no qual psicólogos e psicólogas, juntamente a outros membros da equipe multidisciplinar, carecem de apoio teórico, apoio e até recursos para atuar.

As barreiras materiais associam-se a barreiras estruturais e simbólicas, sobretudo no que diz respeito a fatores que afigem de forma mais intensa a população pobre — e negra — brasileira, como os altos índices de violência, a precocidade dos óbitos, as altas taxas de mortalidade materna e infantil e a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas. A pobreza no Brasil tem raça/cor, assim como gênero, etnia e sexualidade e os impactos destas desigualdades se inscrevem nos corpos e mentes dos pacientes que atendemos nos hospitais públicos do país, o que compõe o quadro da inequidade em saúde (BRASIL, 2005). A discriminação e o preconceito — racismo, machismo, transfobia e sorofobia, assim como a estigmatização de pessoas em situação de rua, que fazem uso de substâncias, e/ou egressas do sistema prisional — estão tão presentes dentro do hospital quanto fora dele (BARROS; PEREIRA; NEVES, 2024).

Esses sofrimentos permeiam a vida das pessoas e por isso as acompanham durante o período de internação. No entanto, o problema aqui apresentado diz respeito não somente a essas angústias e sua raiz social, mas sim ao descaso, à negligência e, sobretudo, à falta de preparo da equipe e do próprio sistema de saúde e seguridade social como um todo para lidar, cuidar e combater tais questões. As discussões em supervisão, tanto com a supervisora local quanto com a supervisora acadêmica e as colegas de estágio, foram fundamentais para a formulação dessas reflexões, além de contribuírem para o desenvolvimento de um olhar mais crítico e sensibilidade profissional. Nesses

momentos foram partilhadas e discutidas percepções acerca das histórias dos usuários do serviço, suas demandas e atravessamentos sociais, além de desdobramentos dessas questões em nós, enquanto estagiárias.

A partir das discussões, elaboramos possíveis estratégias, que, embora pontuais e pequenas diante da complexidade do cenário, visam oferecer suporte e promover autonomia e dignidade aos pacientes. Entre as intervenções pensadas e implementadas, destaco aqui a escuta ativa, a validação do sofrimento frente à injustiça, a tradução e esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de informações sobre direitos e garantias, sejam a eles enquanto pacientes – como o acesso à ouvidoria e à informação – como enquanto cidadãos – acesso a benefícios e encaminhamentos para o seguimento do acompanhamento pós-alta. Dentre essas atuações, a mais desafiadora, e perante a qual estávamos mais despreparadas, talvez seja enquanto mediadoras com a equipe multidisciplinar ou “apaziguadoras” frente às condutas de outros profissionais.

O despreparo para lidar com a realidade social em muitos casos ultrapassa os limites de um cuidado ineficaz ou negligente, levando à perpetuação da violência dentro do hospital (MUTARELLI, 2015). A estigmatização e rotulação de pacientes, em sua forma implícita e explícita, não só impossibilita o cuidado integral como também acaba potencializando ou até mesmo sendo a origem do sofrimento de pacientes e familiares já vulnerabilizados. A violência institucional no hospital se revela no descaso, como na demora para oferecer medicações e atender determinados pacientes; em comentários preconceituosos como “louco”, “drogado”, “esse tá condenado”; em microagressões e na indiferença perante reclamações e até mesmo na realização de procedimentos de forma invasiva e negligente. A banalização de questões sérias e a desumanização dos pacientes é uma herança cruel que persiste na dinâmica hospitalar, e a frustração e indignação da família, do paciente e da própria equipe perante esses episódios são um desafio que persiste para o trabalho de cuidado como um todo.

Assim, as experiências vividas pelos pacientes, já marcadas pelas dificuldades inerentes ao adoecimento e à internação, se entrelaçam aos desafios impostos pela realidade social, pela discriminação e pela invisibilidade – aspectos que frequentemente persistem dentro do hospital. Nesse contexto, acredito que um dos maiores desafios da prática seja aprender a lidar com a sensação de impotência diante da vulnerabilidade e da injustiça social, que limitam nossa atuação enquanto profissionais do cuidado. Essa realidade, complexa e carregada de significados, pode nos afetar profundamente e gerar inquietações, especialmente para nós, enquanto estudantes e futuros profissionais. Diante disso, surgem questionamentos fundamentais: Como podemos e devemos nos posicionar frente a tudo isso? De que maneira podemos trabalhar em direção ao cuidado dessas pessoas, considerando realmente suas realidades, mesmo diante de tantas limitações? Quais são os limites de nossa atuação?

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desses questionamentos e da complexidade de suas respostas, este relato reforça a urgência da construção contínua de uma Psicologia Hospitalar socialmente comprometida e situada, que se posicione de maneira crítica e em defesa de políticas públicas voltadas aos direitos humanos, ao cuidado integral e ao combate da desigualdade. É necessário, em nossas práticas profissionais, superar o silêncio e a indiferença em relação aos atravessamentos e injustiças sociais, uma vez que não questionar o racismo e outras intersecções serve para sua perpetuação, inclusive dentro do hospital (DE PAULA; DA COSTA,

2022). A vivência do estágio nos coloca em contato direto com as experiências e desafios que atravessam o cotidiano hospitalar e, por esse ser parte do mundo, com a vida das pessoas. Nesse espaço, e no vínculo com os pacientes, nos relacionamos de forma concreta com as desigualdades e injustiças que atravessam suas vidas. O estágio em saúde pública, nesse sentido, vai além do aprendizado técnico, se tornando uma experiência fundamental para a construção de uma prática profissional ética, crítica e socialmente comprometida.

Conforme apontam FERREIRA et al. (2017), o enfrentamento da travestifobia – ampliado neste contexto para abranger outras formas de preconceito e discriminação frequentes no cotidiano hospitalar, como a estigmatização de pessoas egressas do sistema prisional e em situação de rua – constitui uma estratégia fundamental e basilar, e não um elemento acessório, para garantir o cuidado integral dessas populações. Dito isso, urge a inclusão e reflexão destas questões – tanto na formação acadêmica dos cursos de saúde, quanto em programas de formação continuada para profissionais da área – na mesma medida e com a mesma centralidade que estas assumem nos processos de saúde-doença da população. Com o mesmo objetivo, é fundamental que haja maior agilidade e rigor nos processos de denúncia e combate à discriminação e negligéncia no ambiente hospitalar, fatores imprescindíveis para a construção dos hospitais como ambientes promotores de saúde (OLIVEIRA et al., 2021).

Tais ações devem ser fortalecidas e respaldadas por mais pesquisas que explorem as especificidades das demandas de saúde nos hospitais públicos brasileiros. Isso inclui a construção, na literatura, de estratégias de cuidado e intervenções para as populações marginalizadas, reconhecendo suas necessidades como centrais e não secundárias. Essa construção deve estar necessariamente articulada à implementação de programas que visem à efetivação de políticas públicas voltadas à garantia de direitos, promoção da saúde e cidadania e que atendam outros fatores determinantes em saúde, como emprego e moradia dignos. Apenas a partir do reconhecimento da complexidade do cenário desigual da saúde no país e dos fatores estruturais e simbólicos que o enlaçam, será possível caminhar em direção à real integralidade do cuidado e humanização da atenção, atendendo às demandas efetivas da população.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, M. E. de; PEREIRA, K. A.; NEVES, M. Bo. À luz da constituição e produção do racismo: a psicologia hospitalar tem cor? **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 13, 2024.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005.
- DE PAULA, T. M. L.; DA COSTA, J. K. C. O hospital como palco da vida em si: narrativas de psicólogas sobre a prática clínica socialmente referenciada. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 8, n. 2, p. 87-110, 2022.
- FERREIRA, B.; et al. Vivências de travestis no acesso ao SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1023-1038, 2017.
- MUTARELLI, A. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 173-188, jun. 2015.
- OLIVEIRA, J.; et al. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 147-163, 2021.