

# Psicologia hospitalar: temores e angústias subjetivas do profissional no atendimento institucional

Edgar Henrique Hein Trapp<sup>1</sup>

## Resumen

El objetivo del presente artículo consiste en orientar el cuidado de los pacientes y del propio cuerpo de profesionales de la institución hospitalaria. La estrecha interacción necesaria para el bienestar del paciente implica que el trabajo de los psicólogos asegure la relación con el equipo multidisciplinario. El abordaje evita la distancia entre las cuestiones teóricas y la práctica. Las condiciones del hospital requieren una discusión académica que vaya más allá de lo puramente teórico. Esto queda determinado por los límites institucionales caracterizados por las normas, rutinas, comportamientos específicos y las dinámicas que se llevan a cabo al limitar las oportunidades del saber profesional. Existe una única situación referida a la angustia en la que la institucionalización está vinculada con el futuro. Y cuando decidimos que nos angustiamos por el pasado, estamos haciendo referencia al futuro.

**Palabras clave:** psicología hospitalar, angustia, equipo multidisciplinar.

## Abstract

### Health psychology: subjective fears and anxieties in an institutional professional service

The goal of health psychology is to direct care with patients and hospital's own clinical staff who works in the institution. However the path of interaction close ties necessary recommend the welfare of this patient so that the work of psychologists is to ensure a relationship between the multidisciplinary team. The approach avoids a gap between the theoretical outline of their training and their performance practice. The reality conditions requiring hospital presents something of an academic discussion beyond purely theoretical and academic. This is directly determined by institutional boundaries, characterized by rules, routines, specific behaviors, dynamics that must

---

<sup>1</sup> Possui graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil. Professor auxiliar - FAG Faculdade Guarai, psicólogo organizacional - Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, professor de pós-graduação ESEA, Especialização e Estudos Avançados. E-mail: edpsico@yahoo.com.br

be followed and respected by limiting the opportunities of the professional expertise. There is a unique situation which is allied to the anguish of the situation in which institutionalization is treated as binding upon it in the future. And when we decided that we agonize for the past, we are making references to the future.

**Keywords:** hospital psychology, anxiety, institutionalization multidisciplinary team.

## **Resumo**

### **Psicología hospitalar: miedos y ansiedades subjetivas en un servicio profesional institucional**

O objetivo da psicologia hospitalar é direcionar aos atendimentos junto aos pacientes hospitalizados bem como do próprio corpo clínico que atua na Instituição. Contudo o caminho da interação estreita laços necessários que preconizam o bem estar deste paciente de forma que o trabalho do psicólogo visa garantir um relacionamento entre a equipe multidisciplinar. A abordagem evita um abismo entre o esboço teórico de sua formação profissional e sua atuação prática. A realidade hospitalar apresenta condições que exigem do acadêmico algo além de discussões meramente teórico-acadêmica. Esta está diretamente determinada por limites institucionais, caracterizada por regras, rotinas, condutas especificam, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas, limitando as possibilidades de atuação do profissional. Há uma situação ímpar que está aliada a situação da angústia da institucionalização no qual é tratado como a que está vinculada com o futuro. E, quando decidimos que nos angustiamos pelo passado, estamos fazendo referências ao futuro.

**Palavras-chaves:** psicologia hospitalar, subjetividade, atuação profissional, institucionalização.

## **1. Introdução**

Quando o assunto abordado direciona-se à psicologia hospitalar, e esta, direciona-se, a priori, aos atendimentos junto aos pacientes, ora hospitalizados, acompanhantes e, do próprio corpo clínico que trabalha na Instituição.

Neste sentido, Ebling (2011) traz que *o objetivo da psicologia hospitalar é principalmente o de minimizar o sofrimento do paciente e de sua família, diminuindo as possíveis sequelas da experiência*. Fatos também comentados por Bleger (1976), Moreira (2001), Simonetti (2004), Farias (2005), Zegers (1998) ou mesmo Alemn (S/D) entre outros. Ainda Ebling (2011) coloca que *a inserção do psicólogo ocorre junto ao processo de humanização das instituições de saúde. Na humanização hospitalar, as respostas do profissional da saúde deixam de ser somente técnicas, padronizadas, e ele passa a ver o paciente de modo integrado e ao mesmo tempo individualizado*.

Em uma conceituação de psicologia hospitalar, Pena (1997) aponta para a questão da psicoterapia e esta *em hospitais, difere dos moldes clássicos de psicoterapia em*

*consultório em função das características específicas do local de atendimento, do tipo de paciente e pelo fato dela ser um adjuvante no tratamento médico.*

O caminho da interação entre a ciência psicológica e o ambiente institucional percorrem os estreitos laços necessários ao que preconiza o bem estar do paciente hospitalizado, ao profissional cuidador e os familiares que circulam neste espaço.

Nesta linha de pensamento, as palavras de Bleger (1976, p.66) modelam que *o trabalho da psicologia institucional requer alguma investigação mais ampla e profunda que realizada até agora, que nos permita configurar mais claramente as técnicas e critérios a empregar, tanto como caráter do problema.*

Outro fato importante da questão traçada aqui da psicologia institucional é o que o autor anterior acima relata desta forma:

Isenta psicologia institucional na história de ambas as necessidades e na história social da psicologia, e na segunda, não é somente um campo de aplicação da psicologia, mas, essencialmente, de um campo de pesquisa, há possibilidade de corrigir qualquer trabalho profissional em psicologia tanto em uma investigação do que está ocorrendo e o que está sendo feito.

Contudo, não há como não deixarmos de mencionar as dificuldades apontadas por Camon (2003) sobre o trabalho deste profissional dentro da instituição, sendo uma das primeiras dificuldades surgidas quando se pensa na atividade do psicólogo na realidade hospitalar é a sua própria inserção na instituição. A formação do psicólogo é falha em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática institucional. Cria-se um abismo entre o esboço teórico de sua formação profissional e sua atuação prática. A realidade hospitalar apresenta condições que vão exigir do acadêmico algo além de discussões meramente teórico-acadêmica. Valores éticos e ideológicos irão surgir ao longo do caminho e exigirão performances jamais imaginadas antes de sua ocorrência.

Normalmente, tal como mencionado Moreira (2001, p. 162), *tentamos resolver os problemas que nos apresenta a situação clínica, com observações, cujas lacunas completamos mediante inferências evidentes, que, em momento posterior organizamos em frases conscientes.*

Sentido este que o terapeuta institucional busca averiguar, complementar ou até mesmo desvendar. Esta situação também é corroborada por Simonetti (2004) em que pare ele a psicologia hospitalar é vista *como o campo de entendimento e tratamento de aspectos psicológicos atrelados ao adoecimento.* Ele ainda traz como uma definição que *um aspecto psicológico é como as manifestações subjetivas da doença, que são as crenças, os sonhos, os conflitos, as lembranças e os pensamentos.* Ou seja,

parafrazeando o próprio autor, *a doença não fala o doente sim. Destaca-se que nessa definição parece existir uma intenção, apesar de não declarada explicitamente, em se unificar esses aspectos psicológicos e não fragmentá-los, por exemplo, razão e emoção, frutos de uma mesma vivência subjetiva e psíquica.*

Posição que Houaiss (2001, p. 303) conceitua como subjetividade a *inaceitabilidade do fato, a sua incompreensão.*

Neste tear, Bleger (1976, p. 70) ainda define que *o segredo profissional e lealdade são estritamente observados, no sentido de que este, se atenha a cada grupo, seção ou nível, será tratado se não como ele, de forma exclusiva... O psicólogo não dirige, não educa, não decide, não executa decisões, ajuda a compreender os problemas que existem e ajuda a problematizar as situações* (Bleger, 1973, p. 71).

Outro ponto importante sobre o papel do psicólogo dentro da instituição, novamente é citado por Bleger (1976, p. 73) em que para ele convém ao psicólogo que *tome nota e escreva cuidadosamente todos os detalhes dos primeiros contatos e as primeiras entrevistas, porque o estudo deste protocolo em uma simples redação darão oportunidade de avaliar melhor e tomar em conta detalhes que passam facilmente inadvertidos para que seja significativos... Eis a necessidade de um bom rapport profissional quando do contato com o paciente institucionalizado, de maneira que este possa entender o papel do profissional e que realmente ele está ali para ajudá-lo. Ainda o autor acima citado colabora que quanto melhor se maneje o método clínico e seus instrumentos, quanto mais seguro se sinta no estabelecimento do enquadre, tanto melhor poderá o psicólogo tratar com as distintas alternativas em sua inserção no campo de trabalho.*

Sobre esta situação, Farias (apud Bleger, 2005) traz que *o psicólogo deve não pensar apenas em curar pacientes doentes, mas deve também desenvolver métodos para promover a saúde e atividades para a população sadia. Este tear leva o autor também a considerar que não é só um enfoque nos problemas individuais, mas também analisar os fenômenos sociais que provocam cada problema a ser resolvido.*

Outro teórico que aponta o trabalho da psicologia institucional hospitalar é Chiatone (2002), em que para ele a atuação do profissional *está diretamente determinada por limites institucionais, pela instituição em si, o hospital, caracterizada por regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas, limitando as possibilidades de atuação do profissional. No hospital, o psicólogo deve, então, redefinir seus limites no próprio espaço institucional e juntamente com outros profissionais.*

Situação que Zegers (1998, p. 105) discorre também sobre o caso, informando que *há observação nas pessoas sãs em que a forma do medo da morte como experiência privilegiada de angústia existencial, em que se apresenta, em geral, como medo e nada de absurdo.*

Destacando, a psicologia institucional para Bleger (apud Farias, 2005) não é só um campo de aplicação da psicologia: é um campo de investigação. É necessário investigar sempre o que está sendo feito na intervenção, pois o centro de toda a psicologia (assim como da ciência em geral) é sempre a prática. Em psicologia, a prática determina a teoria. Para este autor *não há possibilidade de nenhuma tarefa profissional correta em psicologia se não é, ao mesmo tempo, uma investigação do que está ocorrendo e do que está se fazendo*. Isto faz com que a *prática não é uma derivação subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital*.

Nesta situação, Alamy (S/D) retrata diretamente quando ela aponta que a *atuação da psicologia nas clínicas se faz considerando a especificidade de cada uma delas e de seus pacientes, onde temos sempre em conta a “simbologia dos órgãos” afetados, dos órgãos doentes*.

## **2. Objetivos**

### *2.1. Objetivo geral*

Averiguar a angústia do profissional da psicologia quando do atendimento em uma Instituição Hospitalar.

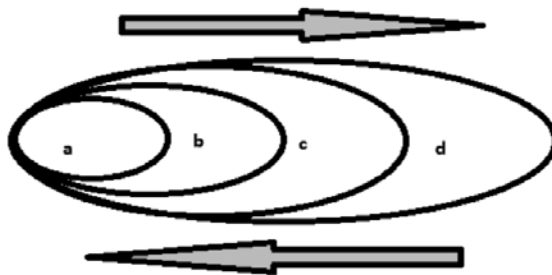
### *2.2. Objetivos específicos*

- Mencionar a relação do trabalho do psicólogo hospitalar e a minimização do sofrimento do paciente hospitalizado bem como do familiar;
- Considerar a ansiedade e a subjetividade do profissional quando da aplicação de métodos no atendimento aos pacientes institucionalizados;
- Determinar a relação entre as regras institucionais e a dinâmica de atuação do profissional no ambiente hospitalar, permeadas pelo stress e o medo da atuação.

## **3. Estado atual de arte**

Tomando-se por base inicial deste aporte atual de arte as palavras de Bleger (1976, p. 92) no sentido de um olhar sobre o paciente hospitalizado, este que traz que *o paciente oferece uma resistência, dado que um marco circunscrito e rígido e pode distribuir e controlar melhor sua personalidade sincrética em que o mundo mais dinâmico da realidade*.

Claramente este mesmo autor (1976, p. 46) assinala também que *a psicologia institucional não é um ramo da psicologia aplicada, se não um campo da psicologia que pode significar em si mesmo um avanço extraordinário tanto na investigação como no desenvolvimento da psicologia como profissão*. Devemos ter claro onde a mesma insere-se quando direcionamos o trabalho da psicologia institucional e para isto, ele esquematiza a própria psicologia no que se refere aos âmbitos que a mesma insere-se, conforme abaixo.



**Figura 1. Bleger (1972, p. 47).** Âmbitos de la psicología: a) psicossocial; b) sociodinâmico; c) institucional; d) comunitário<sup>2</sup>.

Outro fato importante é o que está aliado a situação da angústia da institucionalização o que para Zegers (1998, p. 107) é tratado como a *angústia que está (sempre) vinculada com o futuro... E quando decidimos que nos angustiamos pelo passado, estamos no fundo, fazendo referências ao futuro.*

Na etimologia da palavra angústia, em português, nem sempre é possível diferenciar os termos medo, ansiedade e angústia. Em alemão, Angst (literalmente significa medo), é traduzida para o português como ansiedade, seguindo a vertente da tradução inglesa anxiety ou como angústia. E, de acordo com a tendência francesa, teríamos angoisse. Angst deriva-se da raiz indo-européia angl -que remete a apertado, apertar, pressionar, amarrar. Na mesma raiz estão as palavras ágchein do grego (estrangular), angina do latim (sensação de sufocamento, aperto) e ámihas no antigo indiano (medo, angústia) (Martta, 2000, p. 23).

Esta então, a angústia, constituiu um fenômeno da vida diária e, conforme preconiza Fischer (1998, p. 63) *a maioria das pessoas está familiarizada com ela.* Conotada como Desordem Generalizada de Ansiedade, como uma síndrome psicopatológica específica, cuja *sintomatologia cardinal reside na angústia crônica, mobilizado pelos interesses das questões da psicologia tradicional.*

Bruck (2007, p. 56) parafraseando Rabinovich (1993) expõe desta forma que o próprio Freud afirmou que a angústia surge como uma reação ao perigo de perda do objeto, isto é, à expectativa desta perda. Entretanto, como saber, pergunta-se o autor, quando essa separação provoca angústia, dor ou luto? A dor seria, pois, uma reação autêntica à perda em si, enquanto a angústia o seria em relação ao perigo que essa perda arrastaria consigo, o desvalimento físico e psíquico. A angústia, por esse caminho, seria também uma reação à perda, mas não uma reação genuína como a dor, mas uma reação

<sup>2</sup> É conveniente deixar claro que as citações não são sinônimas e, para tanto, não coincidem psicologia individual (psicossocial) e âmbito psicossocial, tanto como tampouco coincidem psicologia social com âmbito sociodinâmico. A diferença entre psicologia individual e social não residem no âmbito particular que abarcam uma ou outra, se não o modelo conceitual que utiliza cada uma delas, assim, se pode estudar a psicologia do grupo. Ver Bleger (1976, p. 48).

ao efeito de deslocamento que a expectativa de desamparo, do trauma, tem sobre a perda. A respeito da relação de angústia e medo, Rabinovich supõe que:

[...] que a palavra *Angst*, tal como é usada pelo criador da psicanálise, tem, mais que tudo, a função de apontar o campo semântico do medo, de tal modo que o próprio Strachey salienta que Freud não consegue estabelecer as distinções feitas por ele mesmo entre *Angst* (angústia), *Furcht* (medo) e *Schreck* (terror) (Rabinovich, 1993, p. 13).

Assim, o sentido da angústia pode ser descrita pelas investigações, na qual toma-se por base as experiências empíricas do psicólogo Willian Fischer (1982) em que encontrou uma linha comum sobre as experiências angustiosas dos pacientes hospitalizados, sendo que os resultados apontaram, segundo o pesquisador, como *uma situação que constitui uma angústia supor uma possível crise num complexo projeto de si mesmo e do mundo... A maneira pela qual a situação angustiosa se revela ao indivíduo que são seus projetos e auto-compreensão são incertas e ambíguas através de sua própria fisionomia*. Ou mesmo nos aportes de Bin Kimura (1992) sobre os estudos correlacionados sobre as angústias e as diferentes psicoses.

Outro ponto que devemos nos debruçar de forma que a perspectiva analítica da angustia é pontuada por Cobra (2001) quando parafraseia Heidegger<sup>3</sup>, *no qual a angústia tem origem diversa da liberdade. Para ele a angústia resulta da falta da precariedade da base da existência humana. A “existência” do homem é algo temporário, paira entre o seu nascimento e a morte que ele não pode evitar. Sua vida está entre o passado (em suas experiências) e o futuro, sobre o qual ele não tem controle, e onde seu projeto será sempre incompleto diante da morte inevitável*.

Já nas contribuições de Olivieri (2011), em que para ela a *angústia existencial é um sentimento difuso e desconcertante que sufoca a existência e impregna a vida do indivíduo de tristeza e dor; é uma zona limítrofe, um pântano de sombras aterrorizantes, um emaranhado de sentimentos incongruentes, um abismo profundo, que o indivíduo carrega dentro de si*.

Neste sentido, quando a cena direciona-se para a situação angustiante de um paciente hospitalizado, o psicólogo deverá entender e compreender o sentimento angustiante do mesmo, agregados ao subjetivismo da morte. Quando Zegers (1998, p. 113) cita Jakob Boheme, o qual considerou a angústia como uma *‘pequena morte’*,

---

<sup>3</sup> Ver Cobra, Rubens Queiroz. Heidegger. Disponível em <http://www.cobra.pages.nom.br/fcp-heidegger.html>. Filósofo alemão que escreveu sua filosofia em linguagem altamente cifrada e, apesar de que o dizem dificilmente compreensível, é romanticamente cultuado por um grande número de admiradores de fragmentos poéticos do seu pensamento sobre o Ser. No entanto, ele próprio desistiu de suas idéias, preferindo não publicar o segundo volume de sua obra principal, “O Ser e o Tempo”. Fervoroso adepto do nazismo antes da derrota da Alemanha na segunda guerra mundial, para muitos foi um pensador original, um crítico da sociedade tecnológica do século XX. De sua obra ficou a designação de “Existencialismo” para a corrente de pensamento anti-determinista fundada por Kierkegaard, à qual se filiou. Foi um escritor prolixo: calcula-se que reunir tudo que escreveu daria uns 70 volumes. Acesso em 09/04/2011.

nada mais quis dizer do que os espaços descritos por Klüber Ross<sup>4</sup> em as cinco fases da morte<sup>5</sup> e o morrer como algo próximo a melancolia<sup>6</sup>.

E como reitera Morin (1980, p. 367), “a vida é sempre incerta. A morte incerta é sempre certa. Morrer é fatal, necessário, inelutável. A morte está inscrita na própria natureza da vida”. É o tema dos limites, do inesperado, da extrema contradição, do impensado e do repentino, do urgente, da emergência, do extremo estressor traumático, da finitude, da perda e da angústia de aniquilação.

Ainda neste aspecto sobre o repensar sobre a morte, Morin (1997, p. 33) comenta que o *horror da morte é a emoção, o sentimento ou a consciência da perda de sua individualidade. Emoção-choque, de dor, de terror ou horror. Sentimento que é de uma ruptura, de um mal, de um desastre, isto é, sentimento traumático. Consciência, enfim, de um vazio, de um nada, que se abre onde havia plenitude individual, ou seja, consciência traumática.*

Em suma, Zegers (1998, p. 115) demarca que esta angústia *não só se experimenta a fragilidade do eu ante ao futuro ameaçador, no qual o 'eu' a cada instante posso ser aniquilado, posso dissolver em nada, se não também, na ruptura com o passado.*

Assim como a angústia ou a depressão do doente requer o saber ouvir, o sentir e o entender em profundidade o paciente, é tarefa primordial de todo profissional da saúde. Além disso, o paciente precisa requerer sua saúde e aceitar a terapia indicada para sua reintegração física, psicológica e social (Spink, 2006), traz:

---

<sup>4</sup> Segundo Klüber Ross um paciente em estágio terminal pode passar por cinco fases: **Negação:** ajuda a aliviar o impacto da notícia, servindo como uma defesa necessária a seu equilíbrio. Geralmente em pacientes informados abruptamente e prematuramente. O médico deve respeitar porém ter o cuidado de não estimular, compactuar ou reforçar a negação. **Raiva:** o paciente já assimilou seu diagnóstico e prognóstico, mas se revolta por ter sido escolhido. Tenta arranjar um culpado por sua condenação. Geralmente se mostra muito queixoso e exigente, procurando ter certeza de não estar sendo esquecido, reclamando atenção, talvez com último brado: Não esqueçam que ainda estou vivo! Nesta fase deve-se tentar compreender o momento emocional do paciente, dando espaço para que ele expresse seus sentimentos, não tomando as explosões de humor como agressões pessoais. **Negociação:** tentativa de negociar o prazo de sua morte, através de promessas e orações. A pessoa já aceita o fato mas tenta adiá-lo. Deve-se respeitar e ajudar o paciente. **Depressão:** aceita o fim próximo, fazendo uma revisão da vida, mostrando-se quieto e pensativo. É um instrumento na preparação da perda iminente, facilitando o estado de aceitação. Neste momento, as pessoas que o acompanham devem procurar ficar próximas e em silêncio. Cabe ressaltar que o termo “depressão” não está sendo utilizado aqui para designar a doença depressiva, conforme descrita na Classificação Internacional de Doenças. **Aceitação:** a pessoa espera a evolução natural de sua doença. Poderá ter alguma esperança de sobreviver, mas não há angústia e sim paz e tranquilidade. Procura terminar o que deixou pela metade, fazer suas despedidas e se preparar para morrer. Disponível em <http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-09.html>. Acesso em 03/04/2011.

<sup>5</sup> Na mitologia grega, Tánato (do grego θάνατος, transl. *Thánatos*, “morte”), também referido como Tánatos, era a personificação da morte, enquanto Hades reinava sobre os mortos no mundo inferior. Assim como Hades para os gregos tem uma versão romana (Plutão), Tánatos também tem a sua: Orco (*Orcus* em latim) ou ainda Morte (*Mors*). Era conhecido por ter o *coração de ferro* e as *entranhas de bronze*. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/T%C3%A2nato>. Acesso em 03/04/2011.

<sup>6</sup> Neste caso podemos inferir os aportes de Brès (1998, p. 283) quando cita Binswanger que considera a melancolia como uma alteração da estrutura transcendental da temporalidade o qual implica um rechaço a toda interpretação fisiológica pelos humores ou psicológica pelas pulsões. Ver BINSWANGER, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Pfullinger, Günther Neske (tradução francesa, *Mélancolie et manie*). Paris: PUF, 1987.



O foco do trabalho é o sujeito integral, e não apenas a atenção integral. Ele é o ponto de partida, é quem busca ou necessita de cuidado. O psicólogo tem uma oferta, um saber que trouxe da escola, mas o que permite o ponto de encontro é compreender a necessidade do sujeito em toda a sua extensão; compreender a sua procura e valer-se de todos os recursos que a rede de serviços e a comunidade podem oferecer (Spink, 2006, p. 93).

Um aporte que não podemos deixar de mencionar é descrito por Freud em Inibição, Sintoma e Angústia (1926) em que ele se questiona sobre o que seria realmente a angústia? Ele coloca que a angústia é algo que se sente, um estado afetivo com caráter acentuado de desprazer. Podemos pensar a angústia, afirma o autor, “baseada em um aumento de excitação que, por um lado, produz o caráter de desprazer e, por outro, encontra alívio através dos atos de descarga” (*op. cit.* p. 156). O que Freud traz como uma das questões mais importante neste texto é o fato de que “a angústia surge originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete” (*idem*, p. 157).

Contudo, o tempo aliado a subjetividade, procura de uma forma, demonstrar o tempo interno do paciente, o que cabe ao psicólogo institucional é clarear tais dificuldades temporais ao paciente. Sentido este, que Pfeiffer (1998, p. 51 apud MINKOWSKI<sup>7</sup>) relata:

Todo se confunde en él y nada de lo que incluye en sí puede ser separado de él... diría que se lo percibe en toda su pureza cuando no existe pensamiento ni sentimiento alguno preciso en la consciencia, entonces, la llena por completo, borra los límites entre el yo y el no-yo, abraza lo mismo mi propio devenir que el devenir del universo o el devenir a secas (Minkowski, 1973, p. 22-23).

Ao fazermos desta forma uma análise psicológica executada por este profissional (psicólogo) dentro das instituição, procurar-se-á abarcar as nuances que o paciente demonstra ou, muitas vezes veladas pelo medo da verdade, no qual capturando as ideias de Jáuregui (1998, p. 43) onde aponta que para tal fim existem *recursos técnicos que como psicoterapeutas utiliza-se para desenvolver a expressão da interioridade de nosso paciente, são variados: a palavra, os gráficos, a expressão plástica, dramatizações e etc.*

Outra técnica utilizada na questão da psicologia hospitalar é a comentada por Fiorini (1981) chamada *psicoterapia de apoio* tendo como objetivos *a atenuação da ansiedade e de outros sintomas clínicos*, como meio de promover um retorno à situação de equilíbrio anterior à descompensação ou crise. Ocasionalmente, procura modificar algumas linhas de comportamento, estimulando tentativas de aquisição de comportamentos novos durante a experiência terapêutica. Neste, conforme Fiorini (1981, p. 52):

---

<sup>7</sup> Ver Minkowski, Eugen (1973). *El tiempo vivido*. México: FCE, pp. 22-23.

A estratégia básica desta técnica consiste em estabelecer um vínculo terapêutico<sup>8</sup> encorajador, protetor e orientador. Em termos psicodinâmicos, esta relação pode ser interpretada como tendendo a favorecer no paciente uma dissociação entre objetos ‘bons’ e ‘maus’ de tal modo que projete no terapeuta o objeto bom e exclua de sua relação com o mesmo objeto perseguidor.

Como psicólogo institucional, Farias (apud Bleger, 2005) contribui trazendo que *o psicólogo deve não pensar apenas em curar pacientes doentes, mas deve também desenvolver métodos para promover a saúde e atividades para a população sadia*. Este tear leva o autor também a considerar que não é *só um enfoque nos problemas individuais, mas também analisar os fenômenos sociais que provocam cada problema a ser resolvido*.

Ainda o mesmo autor anterior (apud FARIAS, 2005) aponta não ser só um campo de aplicação da psicologia: é um campo de investigação. É necessário investigar sempre o que está sendo feito na intervenção, pois o centro de toda a psicologia (assim como da ciência em geral) é sempre a prática. Em psicologia, a prática determina a teoria. Para este autor *não há possibilidade de nenhuma tarefa profissional correta em psicologia se não é, ao mesmo tempo, uma investigação do que está ocorrendo e do que está se fazendo*. Isto faz com que *a prática não é uma derivação subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital*.

Nesta linha de raciocínio, é comumente discutido o verdadeiro papel deste profissional e, por ser uma especialidade nova, muitas vezes o próprio psicólogo não tem consciência do seu papel e nem sabe como atuar dentro da instituição. Rodriguez-Marín (apud Bornholdt; Castro, 2004, p.51) sintetiza o trabalho do psicólogo que trabalha no hospital em seis tarefas:

- 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

---

<sup>8</sup> Algumas conceituações sobre vínculo ou aliança terapêutica são citadas por Bordin; Luborsky; Marcolino e Lacoconi; Etchogoyen e Kaplan, Sadock e Grebb, em que para estes autores sua conceituação é assim colocada: Para Bordin (1974), Luborsky (1976, 1993) e colaboradores, a aliança terapêutica é um fenômeno com existência comprovada e com papel relevante nos resultados terapêuticos. Marcolino e Lacoconi (2003) referem como sendo a aliança terapêutica um conceito central do processo psicoterapêutico. Gomes (2003) mostra que a qualidade da aliança terapêutica independe do uso de mecanismos de defesa, mais ou menos regressivos por parte do paciente. Etchogoyen (1987) destaca que haveria uma dissociação terapêutica do ego, além de resistências, há colaboração do paciente com o analista. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) sugerem que nenhuma análise pode se avançar sem a formação de uma aliança terapêutica racional e confiável, e que seu estabelecimento é a primeira tarefa antes que a neurose de transferência mais profunda possa ser facilitada. Um ponto de fechamento desta análise vincular terapêutica, ela transcende entre uma mescla de elementos racionais e irracionais. Contudo, temos de ter a noção que o estabelecimento da aliança terapêutica dependerá de alguns fatores, como: àqueles ligados à realidade externa; às características pessoais; à transferência e a contratransferência. Rohde (2005) contribui que *ela é extremamente dinâmica, variando sua intensidade de acordo com o momento da terapia ou da sessão, porém a tendência é de que cresça proporcionalmente ao tempo da terapia*. A presença de uma Aliança terapêutica de boa qualidade poderá ainda ser independente dos conflitos e da gravidade dos sintomas do paciente, contudo, o terapeuta deverá ter condições pessoais e conhecimento suficiente para adaptar-se às expectativas dos pacientes, assim como para limitar as suas próprias, como forma de garantir a continuidade do atendimento psicoterápico.

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.

Diante destes apontamentos, vislumbra-se uma especialidade profissional que deve ter um olhar holístico sobre o paciente o que muitas vezes requer novamente um (re)pensar sobre a subjetividade e o adoecer.

O raciocínio este que traz uma observação sobre a subjetividade do adoecer e o quanto que esta requer um olhar do profissional da saúde mental. Nas palavras de Bleger (1976), este menciona que *a psicologia hospitalar se ocupa da compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecer. Não trata apenas das doenças com causas psíquicas ou psicossomáticas, mas dos aspectos psicológicos de qualquer doença, buscando resgatar a subjetividade das situações relacionadas ao adoecimento em instituições de saúde.*

Ainda sobre a subjetividade, lembramos das palavras de Cobra (2001) em que parafraseando Kierkegaard<sup>9</sup>, *o homem tem diante de si várias opções possíveis, é inteiramente livre, não se conforma a um pre-determinismo lógico, ao qual, segundo Hegel, estão submetidos todos os fatos e também as ações humanas. A verdade não é encontrada através do raciocínio lógico, mas segundo a paixão que é colocada na afirmação e sustentação dos fatos: a verdade é subjetividade. A consequência de ser a verdade subjetiva é que a liberdade torna-se ilimitada. Conseqüentemente não se pode, também, fazer qualquer afirmativa sobre o homem.*

E Lane (2002, p. 17) contribui nesta situação em que *a subjetividade é construída na relação dialética entre o indivíduo e a sociedade e suas instituições, ambas utilizam as mediações das emoções, da linguagem, dos grupos a fim de apresentar uma objetividade questionável, responsável por uma subjetividade na qual estes códigos substituem a realidade.*

O que cabe ao terapeuta institucional é saber respeitar esta individualidade temporal subjetiva do paciente, medos, ansiedades e angústias. Neste aspecto, tomando-se as

---

<sup>9</sup> Ver Cobra, Rubens Queiros (2001). Disponível em <http://www.cobra.pages.nom.br/fcp-kierkegaard.html>. Kierkegaard lançou os fundamentos do existencialismo a corrente que depois receberia a contribuição de Heidegger e Sartre, e fez vasto uso de pseudônimos para uma finalidade muito especial: eles representam, não ele próprio, mas personagens com pontos de vista e atitudes próprias. Estabelece uma dialética entre esses personagens, ou seja, entre dois ou mais pseudônimos seus. Deste modo, um livro assinado com um pseudônimo responde a outro livro, assinado com outro pseudônimo. O Pseudônimo Johannes Climacus trata do dilema entre a dúvida e a fé. Vigilius Haufniensis ocupa-se dos aspectos psicológicos do pecado e da ansiedade. Johannes de Silentio e Constantin Constantius ocupam-se da ética, a partir dos aspectos envolvidos no relacionamento de Kierkegaard com Regine Olsen. Anti-Climacus é o cristão ideal, etc. O seu propósito não era o anonimato mas desvincular sua personalidade dos assuntos polêmicos de que tratava. Acesso em 09/04/2011.

palavras de Pfeiffer (1998, p. 51) aponta que *o tempo vivido por cada sujeito desde sua individualidade própria, suas experiências pessoais e intransferíveis, o que faz suceder e suas alterações singulares são únicas de cada pessoa.*

Além destes aportes sobre o respeito a individualidade temporal, medos sobre o adoecer e a subjetividade do paciente, há uma questão primordial nesta área da psicologia institucional, o que para Campos (1995) *o psicólogo auxiliar na informação de detalhes sobre a doença, transmitiria segurança aos familiares, discutiria os medos e dúvidas, estabelecendo um vínculo saudável entre a equipe e a família.*

Neste quesito, a situação é discutida amplamente sobre a complexidade de fatos que circulam no ambiente institucional, no caso hospitalar. Morin (2001) revela a complexidade não como a chave do mundo, mas o desafio a enfrentar as questões que atormentam o homem no mundo, *haja vista*, a dificuldade do mesmo em encarar a realidade da vida.

Para ele, a definição da Complexidade é:

*A Complexidade é um tecido de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados: coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. A complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem o nosso mundo fenomenal. Mas então a complexidade, apresenta-se com os traços inquietantes da confusão, do inextricável, da desordem, da ambigüidade, da incerteza... Daí a necessidade, para o conhecimento, de pôr em ordem nos fenômenos ao rejeitar a desordem, de afastar o incerto, isto é, de selecionar os elementos de ordem e de certeza, de retirar a ambigüidade, de clarificar, de distinguir, de hierarquizar...* (Morin, 2001, p. 20).

Todavia, é pontuado por Figueiredo (1998, p. 271) outras situação que merece uma atenção especial, que dentro de um processo de construtivismo (paciente/terapeuta) é enfatizado a narrativa e que procuram resolver, junto com as questões epistemológicas gerais sobre a posição do conhecimento psicanalítico, questões mais específicas relativas ao tempo e a própria história (podemos inferir a própria história de vida do paciente institucionalizado) e os processos da subjetividade, tal como concebido e realizados pela psicanálise.

O que devemos ter claro é a precisão de tempo, tempo este necessário para que paciente tome ciência de onde encontra-se e, principalmente, o porque se encontra neste espaço institucional. Isto, leva-nos a pensar nas palavras de Allende (1998, p. 60) em que para este autor, o tempo se posiciona conforme:

Los tiempos de espera paciente o impaciente, que generan múltiples expectativas y fantasías; los tiempos de la introspección; del silencio; los tiempos del encuentro; los da seducción; los de la elaboración de un duelo y el tiempo del olvido. Tiempo

de esperanza que todo locura, tiempo de la fatalidad que vuelve inútil cualquier intervención, tiempo que hace eterna la culpa y la transforma en condena, el tiempo instantáneo del maniaco que transita sin pausa de la idea a la acción, el tiempo apremiante del angustiado donde el futuro se convierte en conjetura.

Em este sentido de tempo, há um questionamento de Zemelman (1998, p. 302) em que para ele *estamos vivendo um momento histórico onde o tempo de controle, cronológico ou métrico, encontra sua máxima expressão na tecnologia. Desta maneira temos de focar o tempo de aceitação do paciente dentro da instituição e que os profissionais que ali estão devem ater-se a este tempo subjetivo, ansiogênico e singular.*

#### **4. Considerações finais**

Percebe-se a necessidade de aportes profissionais, no caso em tela, do próprio psicólogo institucional hospitalar ter um domínio maior sobre seu espaço de trabalho dentro da unidade hospitalar e deste trabalho fazer as pontes de ligações multidisciplinares no que tange ao atendimento dos pacientes e/ou familiares dentro do espaço hospitalar.

Este molde de ter um conhecimento que abrange a angústia e a subjetividade de cada indivíduo fortalece o olhar deste profissional, pois nada melhor que o psicólogo para entender as nuances de dúvidas apontadas pelos pacientes quando institucionalizados e isto requer, como visto e defendido pelos autores quanto a relação vincular necessário para que haja o processo da cura patológica.

Desta forma, o sentido da psicologia institucional hospitalar busca tentar entender e compreender todos os momentos vividos pelo paciente dentro deste ambiente, ora citado como ansiogênico, amedrontador e repleto de fantasias subjetivas que cabe ao profissional da saúde mental entender e compreender todas estas situações de seu paciente institucionalizado, bem como suas próprias angústias pessoais.

Neste sentido, buscou-se um repensar da necessidade de um entendimento sobre angústias e temores que o profissional sofre, frente a pressão dentro de uma instituição hospitalar e os mecanismos de trabalho que lhe são oferecidos para tal procedimento.

#### **Referencial bibliográfico**

ALLENDE, Rafael Parada. Tiempo y psicopatología. In. ROVALETTI, Maria Lucrecia.(1998) *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

BINSWANGER, L. (1960). *Melancholie und Manie*. Pfullinger, Günther Neske, - (tradução francesa, Mélancolie et manie). Paris: PUF, 1987.

BLEGER, José. (1976). *Psicohigiene y psicologia institucional*. Buenos Aires: Paidós.

BORDIN, E. S. (1974). *Reflections on preparation for psychological counseling*. In G. F. Farwell, N. R. Gamsky, & P. Mathieu-Coughlan (Eds.), *The counselor's handbook*. New York: Intext Educational Publishers.

BORNHOLDT, E.; CASTRO, E.K. *Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional*. Psicologia Ciência e Profissão[online], set .2004, vol. 24, no 3, p.48-57. ISSN 1414-9893.

BRÈS, Yvon. Erótica y fenomenología de la temporalidad. In. ROVALETTI, Maria Lucrecia. (1998). *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

BRUCK, Ney Roberto Vátimo. (2007). *A psicologia das emergências: Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Doutorado em Psicologia. Porto Alegre.

CAMOM, Valdemar Augusto Angerami et ali. (2003). *Psicologia Hospitalar Teoria e Prática*. 3ª. ed. São Paulo: Pioneira.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis.(1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.

COBRA, Rubem Queiroz. *Existencialismo*. Disponível em <http://www.cobra.pages.nom.br/ftm-existencial.html>. Acesso em 09/04/2011.

EBLING, Márcia. *O que psicologia hospitalar*. Disponível em [http://www.uniamerica.br/visaoacademica/o\\_que\\_e\\_psicologia\\_hospitalar/](http://www.uniamerica.br/visaoacademica/o_que_e_psicologia_hospitalar/). Acesso em 03/04/2011.

ETCHEGOYEN, R. H. (1983). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

FARIAS, Luis Fernando. *Psicologia Institucional de Bleger numa critica freudiana*. 15 de abril de 2005. Disponível em <http://www.oestrageiro.net/psicanalise/30-psicologia-institucional-de-bleger>. Acesso em 20/03/2011.

FIGUEIREDO, Luis Claudio. (1998). Temporalidad y narratividad en los procesos de subjetivación de la clínica psicoanalítica. In. ROVALETTI, Maria Lucrecia. *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

FIORINI, Hector. (1981). *Teoria e técnica de psicoterapia*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.

FISCHER, Willian F. (1998). Norma y patologia en el mundo de la angustia. In. ROVALETTI, Maria Lucrecia. *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

FREUD, S. *Inibição, sintoma e angústia*.(1926). In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, ISBN: 857302383X, 2001.

JÁUREGUI, María Isabel Pérez. *Personalidad creadora*. (1998). In. ROVALETTI, Maria Lucrecia. *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A.(1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

LANE, S. A dialética da subjetividade *versus* objetividade. (2002). In: FURTADO, O.; GONZÁLEZ REY, F. (Orgs.). *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MARCOLINO, J. A. M., & LACOPONI, E. (2003). *The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 78-86.

MARTTA, M. K. (2000). *Violência e angústia: uma perspectiva de compreensão das interações humanas no contexto contemporâneo*. Dissertação (Mestrado em 146Filosofia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MINKOWSKI, Eugen. (1973). *El tiempo vivido*. FCE, México, p. 22-23

MOREIRA, Diego. *Familia, grupo y modo de producción*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – Subjetividad y Procesos Cognitivos. Vol. 11, S/D.

\_\_\_\_\_. (2001). *Sobre la investigación em psicoanálisis*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales – Subjetividad y Procesos Cognitivos. Vol. 1 Epistemologia, 2001.

\_\_\_\_\_. *Interrogantes de trabajo y recursos clínicos*. Apostilas de trabalhos, S/D.

\_\_\_\_\_. *Sobre la dialéctica de la cura y el sanar*. Apostilas de trabalhos, S/D.

MORIN, Edgar. (1997). *O Homem e a Morte*. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

\_\_\_\_\_. (1980) *O método 2 - A vida da vida*. Lisboa: Publicações Europa-América.

NEVES, Heloise Zanelatto. *A morte e o morrer*. Disponível em <http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-09.html>. Acesso em 03/04/2011.

OLIVIERI, Maria de. *O problema filosófico da Angústia Existencial*. Disponível em [http://www.vaniadiniz.pro.br/espaco\\_ecos/filosofia\\_virginia/mariah\\_de\\_olivieri\\_o\\_problema\\_filosofico\\_da\\_angustia\\_existencial.htm](http://www.vaniadiniz.pro.br/espaco_ecos/filosofia_virginia/mariah_de_olivieri_o_problema_filosofico_da_angustia_existencial.htm). Acesso em 09/04/2011.

PENNA, Therezinha M. (1997). *Psicoterapia no hospital geral*. Caderno IPOB. Saúde mental no hospital geral. Instituto de psiquiatria, UFRJ, 6.

PFEIFFER, María Luisa. (1998). Tiempo objetivo, tiempo subjetivo, tiempo trascendental: Tres consideraciones acerca de la temporalidad. In. ROVALETTI, María Lucrecia. *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

RABINOVICH, D. (1993). *La angustia y el deseo del outro*. Buenos Aires: Manatíal.

ROHDE, Bárbara G. (2005). *Aliança terapêutica; transferência; neurose de transferência; contratransferência. Seminários*. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Unidade Canoas. Agosto.

SEWERS, Otto Dörr. (1998). Espacio y tiempo en la experiencia angustiosa. In. ROVALETTI, María Lucrecia. Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual. Buenos Aires: Le Lugar Editorial.

SIMONETTI, Alfredo. (2004). *Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 201p

SPINK. M.J.P. (2006). *A psicologia em diálogo com o SUS. Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ZEMELMAN, Hugo. El futuro como ciencia y utopía. (1998). In. ROVALETTI, María Lucrecia. *Temporalidad: el problema del tiempo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

*Artículo recibido: 6/06/2011*

*Aceptado para su publicación: 10/10/2011*