

HUM@NÆ

Questões controversas do mundo contemporâneo

Edição Especial SETA 2015

O CONCEITO DE CUIDAR EM PSICOLOGIA HOSPITALAR: da tecnificação à humanização?

Anna Carolina Silva CAVALCANTI¹

Ângela Fernandes BAÍA²

INTRODUÇÃO

No século XVII, o hospital era uma hospedagem na qual acolhia os rejeitados da sociedade (FOUCAULT, 1998). No recém surgido hospital, passou a ser necessária a existência de pessoas para acolher os usuários deste local, abrindo-se espaço para atuação médica. (NOLETO; MOSIMANN; LUSTOSA, 2011). Segundo Foucault (1998), a escuta e a atenção do médico eram essenciais na compreensão do sintoma, do diagnóstico e da possível cura, pois o entendimento da doença se dava a partir do diálogo médico-paciente.

Nos séculos posteriores, o hospital e a medicina evoluíram, mudando suas formas de atuação e intervenção, entretanto, a grande evolução ocorreu apenas no século XX, quando surge o modelo biomédico de saúde, cuja crença é que a doença tem causa biológica, extraídos pelos exames médicos, afastando-se dos estudos relacionados às emoções e pensamentos, obtidos pelo diálogo. (FOUCAULT, 1998).

Após toda trajetória percorrida para implantação e configuração do hospital, a Psicologia passa a atuar nesse lugar na década de 30, ainda totalmente associada ao hospital psiquiátrico. No entanto, ao longo da evolução, essa especialidade

1 Estudante de psicologia da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. Email: annacscavalcanti@gmail.com.

2 Mestre pela UFPE. Docente da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA e das Faculdades Integradas de Vitória de Santo Antão FAINTVISA.. Email: angelabaia@hotmail.com.

conseguiu configurar-se enquanto ciência, fazendo-se presente no hospital geral. (BRUSCATO; BENEDITTI; LOPES, 2006).

O psicólogo hospitalar tem como foco o lidar com a subjetividade do indivíduo hospitalizado, que necessita de cuidados. O trabalho exercido por esse profissional é denominado de tratamento psicológico. As demandas atendidas comumente têm base no processo de adoecimento. Logo, compreende-se que o papel deste é o resgate do indivíduo enquanto sujeito em relação a sua doença. (SIMONETTI, 2013).

Percebe-se no hospital a preocupação com o método de atendimento mais relevante do que o cuidar que deve existir na assistência ao paciente, um cuidado que se torna diferenciado quando associado a valorização do sujeito. Compreender que existem doentes em vez de doenças é crucial na atenção a subjetividade do indivíduo. (SIMONETTI, 2013).

Figueiredo (2009) comenta que atividades voltadas ao cuidado fazem parte das obrigações de todos profissionais de saúde, assim como todos os seres que vivem na sociedade, independente da função que exerça nesta. Entretanto, estes naturalmente deixam escapar esses deveres, colocando o cuidado em risco. (FERREIRA, 2014).

Segundo Furtado et al (2011), em um Pronto-Socorro de Otorrinolaringologia de um Hospital Terciário em Distrito Federal, no rodízio de três plantões, em 24h, foram realizados, em torno de 580 internamentos. Com base nesses dados epidemiológicos, pode-se dizer que os profissionais de saúde, muitas vezes, não conseguem mais prestar o cuidado mais humanizado que o paciente necessita. A preocupação com o número de atendimentos que são cobrados por dia, e com o tratamento mais rápido e eficaz para a doença, proporcionam a estes, uma desatenção à subjetividade, colocando seu foco, quase sempre, unicamente na técnica. (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Partindo deste pressuposto, na tentativa de trazer possíveis reflexões que possibilitem aos profissionais de saúde, com foco no Psicólogo Hospitalar, um olhar humanizado ao paciente, considerando também a técnica, mas colocando-a como algo que contribua no tratamento. Assim sendo, o presente trabalho mostra o percurso histórico do conceito de cuidar da Psicologia Hospitalar no hospital geral e as contribuições do conceito filosófico de cuidado para o fazer do psicólogo hospitalar.

Este trabalho surgiu com base na observação da prática de estágio em Psicologia Hospitalar, também como, na importância da discussão da temática em congressos da área, além dos relatos da falta de cuidado esboçados pela maioria dos paciente atendidos no período de aprendizado Hospitalar.

A atual revisão bibliográfica não pretende apontar falhas ou qualidades no exercício das especialidades hospitalar, mas trazer reflexões e possíveis caminhos que auxiliariam no cuidado ao paciente hospitalizado, a partir de discussões filosóficas. O cuidado em questão não está restrito à atenção ao adoecimento, que é rotina no hospital, mas primordialmente ao emocional do ser humano que está acometido de enfermidade.

Com essas considerações, indaga-se se a desvalorização do conceito do cuidado na atualidade trouxe a valorização das técnicas do cuidar no campo da Psicologia Hospitalar? E se ainda há espaço para a equipe de saúde atuar prestando cuidado humanizado, em meio à tecnificação hospitalar atual?

Breve histórico do nascimento da clínica na perspectiva foucaultiana do hospital à clínica do cuidado

Na pretensão de entender como se deu o cuidado no hospital, faz-se necessário percorrer a história desta instituição, numa perspectiva foucaultiana, assim como discutir os papéis que atuam lá, para perceber as influências do passado no lidar com o paciente atualmente.

No final do século XVI, o hospital era uma hospedagem, na qual acolhia os moribundos da sociedade para morrer. Por não haver mão de obra suficiente para atender este público, surgiu neste local, o ainda não intitulado médico, que inicialmente assumiu a direção desta instituição, por ser a única mão de obra disponível a dedicar-se a estes. Colocar este especialista no hospital traduz a necessidade de ter uma pessoa para cuidar do doente durante todo o tempo. (NOLETO; MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

Segundo Foucault (1998), algumas mudanças começaram a acontecer nesse local; além de atender os necessitados, os médicos passaram a prestar cuidados aos enfermos. No século XVII, a assistência médica estava ligada à relação médico-paciente. O entendimento da doença era através do relato e do contato direto com o

sujeito adoecido. Neste período, a escuta e a atenção desse profissional eram essenciais na compreensão do sintoma, do prognóstico e da possível cura.

O mesmo filósofo comenta, que no século XVIII em oposição à filosofia, mas com o objetivo de buscar o melhor e mais pontual entendimento da doença, a Medicina, iniciou, no hospital, o modelo anátomo clínico, que buscava compreender os corpos a partir dos estudos anatômicos. Como método auxiliar à identidade sintomática, conhecia-se as doenças com bases em queixas e sintomas apresentados pelos pacientes. Neste crescimento da Medicina, os exames cadavéricos, no qual correspondia em dissecar corpos, alavancaram o olhar clínico que objetivava cada vez mais esta especialidade. Deste modo, o médico começou a afastar-se do diálogo com o paciente, na valorização do entendimento técnico³.

A Medicina, apesar dos avanços, estava vinculada à religião e a feitiçaria, por isso, a doença e a morte eram tidas como castigos divino. As evoluções no entendimento das doenças, embora significativas, eram muito primitivas. Fazia-se necessário que os médicos olhassem atentamente para o que compreendia e arquivasse toda sua captura, para que outros pudessem entender aquilo que já havia sido descoberto. (FOUCAULT, 1998).

Com base nisso, surge a Medicina classificatória, ainda sem profundidade, mas era a única forma até então que se tinha de contar a história das doenças. A singularidade do paciente e os sintomas subjetivos foram deslocados do modo que o médico os conhecia. A inserção do mundo dos objetos, e posteriormente, dos avanços tecnológicos, proporcionaram outros meios de conhecer os sintomas, sem precisar de tanto envolvimento entre as partes.

O autor afirma que no final no século XIX há o renascimento da medicina, no qual o empirismo repousa abrindo espaço para manifestação do visível e comprovável. As observações médicas deixam de ser ocultas, para admitir lugares, formas e cores, tornando-se aparente e anunciável. Assumiu-se uma nova aliança entre a medicina e os doentes, tudo que era dito passou a ser observável.

3A tecnificação das ações de saúde são formas de cuidado que refletem a terapêutica médica, clínica e medicamentosa, de caráter biológico e curativista, que secundarizam, desvalorizando ações de reabilitação psicossocial, cuja finalidade principal é a ressignificação existencial do adoecimento, a criação de novas formas de vida, a inclusão social e a promoção de saúde. (FIORATI; SAEKI, 2013).

Sustenta-se afirmando que esse foi um período de luz para a medicina, proveniente do mundo da clássica clareza, o iluminismo. Evoluindo esse saber para momentos de perceptibilidade.

Deste modo, no século XX, o conhecimento médico adota o modelo biomédico de saúde, cuja crença é que a doença tem causa biológica, apoiando esta ciência cada vez mais nas bases fisiológicas e anatômicas e afastando-se dos estudos relacionados as emoções e pensamentos. (FOUCAULT, 1998).

No mesmo ponto de vista, vale salientar que nesse período histórico surgem os exames médicos, agora acompanhados pelos avanços tecnológicos que passaram a refletir melhor a sintomatologia do paciente, para uma intervenção mais precisa e eficaz.

Entende-se que antes a única segurança da medicina eram as permeabilidades da imaginação. Com o uso dos instrumentos, as intervenções clínicas passaram a ser mais objetivas, dando garantia ao paciente e ao profissional maiores probabilidades de eficácia no tratamento. Todo rejuvenescimento da percepção médica até o progresso científico dos dias atuais, preocupam-se com a diminuição do sofrimento das pessoas.

Percebe-se que, ao longo da história, o cuidado hospitalar não se deu por um simples processo, mas, por múltiplos fatores que estimularam o olhar técnico e colocaram a humanização⁴ como um detalhe importante, que na prática, pouco acontece. Nesse desligamento afetivo, o adoecimento e o tratamento específico à doença passaram a ser vista, como algo natural e habitual, na rotina hospitalar.

Com base no contexto histórico discutido e no cuidado que se tem nos hospitais gerais, oferece-se uma possibilidade de modificação do cuidado com o paciente, tornando sua subjetividade algo importante, sem deixar de utilizar a técnica, que foi conquistada ao longos dos anos.

Quando se olha para trás, as mudanças ocorridas no hospital e principalmente na medicina, foram muitas. Entretanto verificar o passado às vezes é

⁴Humanização no atendimento hospitalar, não está relacionado apenas no tratamento de aspectos físicos do paciente, mas também aspectos subjetivos e emocionais. Este tipo de assistência hospitalar busca compreender o sujeito de forma existencial, na compreensão de dimensões sociais, psicológicas e fisiológicas. Com isso, o cuidado de forma humanizada promove saúde ao paciente em todos os contextos que o cercam. (CAVALCANTE; DAMASCENO; MIRANDA, 2013).

necessário, e observar que o ouvir para entender a doença criava uma afinidade importante entre médico-paciente, notoriamente fragilizada com o passar dos anos.

Por não ter sido sustentada, na relação médico-paciente, os exames falaram mais alto que a história da sintomatologia, quando acredita-se que o melhor exame ainda é uma anamnese bem-feita, acompanhada de boa escuta, proporcionando ao atendimento a melhor apreensão do caso para, a partir daí, trilhar um caminho a se seguir na intervenção da doença. O sintoma não é o suficiente, ele só tem sentido dentro da história do indivíduo, por isso é preciso ouvi-lo para entender sua patologia. (SIMONETTI, 2013).

A Medicina, no modelo biomédico de saúde, passou a esvaziar a subjetividade do paciente com sua forma sistemática de abordagem ao adoecimento, sofisticando suas intervenções e técnicas, afastando-se de qualquer sentimento. Desta feita, exclui-se ambas subjetividades dessa relação. Refletindo no possível afastamento da humanização e sistematização do cuidado. Todavia, o hospital é um local que se constituiu para atender pessoas em vulnerabilidade por condições extremas de saúde, acompanhados de dor, sofrimento, iminência de morte. Todo sentimento provocado pelo adoecimento potencializa os medos, angústias, revoltas, raivas e inseguranças, vividas pelo paciente e seus familiares. (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2006).

Depreende-se dos ensinamentos de Foucault (1998), que no século XVIII até os dias atuais, o hospital é um lugar natural de vida e de morte, no qual está o paciente impossibilitado de trabalhar, tornando-se uma carga para a sociedade, exposto à miséria e ao abandono. Em alguns casos, há familiares com desejos naturais de cura, que às vezes estão dispostos a ajudar na luta contra a doença ou simplesmente se tornam mais difíceis que a própria enfermidade. Sendo assim, o hospital declara ser um espaço social, cuidador de doenças e possivelmente, também, um templo de morte.

No mesmo raciocínio, o paciente encontra-se a deriva, no perturbador desamparo de si, a mercê de suas reações orgânicas e do curso natural da doença. Para lidar com isso, precisa-se de profissionais de saúde que escapem do perigo da comodidade e da confiança na experiência, enquadrando o doente em doenças artificiais encontradas na academia, e que possam entendê-lo primeiramente à sua doença.

Diante da resistência do saber médico respaldado pelo cuidado tecnicizado o hospital necessitava desligar-se da integralidade das técnicas, para um novo olhar humanizado, que visasse o cuidado do ser biopsíquicosocial. (FIORATI; SAEKI, 2013).

No Brasil, nos anos 90, o interesse pela atuação na área da saúde mudou, surgindo a necessidade de repensar o processo saúde/doença em dimensões sociais, psíquicas e biológicas, que busca compreender e intervir em todos os contextos que envolvam o indivíduo.

Nessa mesma década, houve a formação de um Sistema Único de Saúde-SUS, que tem como objetivo descentralizar e integrar os atendimentos com a participação popular fazendo existir a necessidade de uma equipe interdisciplinar na atenção a saúde. (CARVALHO;SANTANA;SANTANA, 2009).

Junto a este processo, em 2003 foi lançado ao novo modelo de saúde, o "Humaniza SUS", apontando que toda prática política e de ação de saúde a partir de então deve ter como prioridade eixos humanizadores. A proposta é uma saúde de assistência humanizada, permitindo ao paciente o direito de ser cuidado. Que para isso, busca interferir em outras questões políticas do SUS, não restringindo-se apenas ao trato com o paciente, mas em todo contexto relacionado à saúde. (BRASIL, 2013)

Estes projetos reorganizadores no trato à pessoa hospitalizada, proporcionou a inserção de muitas profissões nesse ambiente. O hospital, que teve sua base constituída pelo saber médico, permitiu sua abertura a outros conhecimentos, sendo dada aqui ênfase à Psicologia.

A admissão do psicólogo ao hospital no Brasil, è reflexo de alterações políticas na saúde do país, provenientes de mudanças no conceito de saúde, transformando-se de ausência de doença para um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (FREITAS; MORETTO, 2014).

Em detrimento deste processo de inserção de um novo modelo aos hospitais brasileiros, comentar-se-á a respeito do saber-fazer do psicólogo hospitalar em meio a todos os recursos técnicos utilizados no hospital. Em meio às discussões do capítulo seguinte surge uma problematização: até que ponto o trabalho do Psicólogo Hospitalar também não foi "contaminado" pela tecnificação fortemente presente no hospital?

Características do saber-fazer do Psicólogo Hospitalar e suas possíveis influências da tecnificação do cuidado

Com objetivo de compreender a Psicologia Hospitalar e suas formas de intervenção no atendimento ao paciente, assim como, de perceber como se dá sua relação com as técnicas.

Apesar de brilhante, progressiva e eficaz, a Medicina, no modelo biomédico, fracassa no que diz respeito a subjetividade. Para auxiliar esta falta, o hospital conta com o psicólogo. (NOLETO; MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

Antes da regularização desta profissão no Brasil, na década de 50, Mathilde Neder instalou o serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas, em São Paulo. Além disso, ela adaptou instrumentos teóricos próprios da Psicologia Clínica, para a realidade hospitalar. (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 2009).

Sem sua normatização, a Psicologia Hospitalar, durante muito tempo, permaneceu fazendo uso de técnicas de outras áreas para poder intervir. No entanto, na maioria das vezes, não eram fundamentadas nas necessidades da atenção hospitalar. Essa dificuldade de definir estratégias exclusivas a esta área, retardou e dificultou a legitimação da especialidade.

No enfrentamento das dificuldades, a Psicologia Hospitalar sistematizou suas estratégias: foi em 20 de dezembro de 2000, revisto em 2001, o momento que o Conselho Federal de Psicologia regularizou este exercício como uma área de atuação da Psicologia, presente no art. 9º descrita na resolução CFP nº 014/00 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2001).

Nesse novo ambiente, o recém-chegado profissional, o psicólogo hospitalar, se especializou em navegar com a subjetividade do paciente, enquanto outros saberes já atuantes, em especial o médico, busca o oposto disso. “Mais fácil que secar o mar, é aprender a navegar...” (SIMONETTI, 2013, p. 22). As ciências médicas lidam com o corpo concreto, de forma sistemática, na pretensão de curar doenças e salvar vidas, enquanto a Psicologia vislumbra o simbólico, estruturado pela fala do paciente, com o objetivo de reposicionar o sujeito em relação a sua doença. (SIMONETTI, 2013).

O psicólogo hospitalar no exercício de sua profissão contribui seguramente no processo de humanização do hospital, permitindo de forma autêntica a dignidade existencial da pessoa hospitalizada, respeitando sua alteridade. Trabalho que deveria motivar as outras profissões a não olhar ao paciente pela sua enfermidade,

possibilitando ao hospital deixar de ser um ambiente meramente curativo, assumindo responsabilidades existenciais. (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Para maior segurança na abordagem ao paciente a Psicologia, como já dito, passa a fazer uso de técnicas próprias. Simonetti (2013), traça alguns caminhos técnicos de orientação na atuação do psicólogo, no que diz respeito ao diagnóstico e as formas terapêuticas de intervenção, seja percebendo as fases da doença, como negação, revolta, depressão e enfrentamento ou fazendo uso de estratégias básicas, que são associação livre, fazer silêncio, entrevista, entre tantas outras.

A Psicologia Hospitalar busca novas formas de entender da realidade para o paciente, na tentativa de compreender a relação dele com medos, angústias, ansiedades e fantasias negativas, principalmente, no que diz respeito a procedimentos mais invasivos, como cirurgias. Ela busca renovar a esperança para que a dor seja entendida de outra forma. Proporcionando também aos profissionais da saúde, o entendimento e o escutar sem temores, e com condições de lidarem com o humano, nas manifestações emocionais do paciente, especialmente, quando expressas em momentos de consternação. A Psicologia Hospitalar busca revigorar o estado emocional apreensivo do paciente, assim como de seus familiares que sofrem junto à ele. (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Conforme sustenta o autor, o psicólogo hospitalar exerce sua função crendo na humanização em sua abordagem com o paciente, além disso, mostra que há possibilidades reais de intervir desta forma com o paciente, na compreensão do seu sofrimento, que muitas vezes vão além da doença, assumindo dimensões humanas, emocionais.

Continua afirmando que a partir da atuação da Psicologia no hospitala, a conceituação da saúde passou a ser redefinida em suas nuances e em aspectos profundos, na instituição.

Ainda resta muito a ser conquistado pela Psicologia na prática hospitalar. Para isso é primordial ter congruência na atuação, tecendo parâmetros e limites que possam mostrar o diferencial desta profissão no hospital. Sendo também importante, abertura de novos espaços nesta evolução, assim como reconhecimento e abertura de maior contato com outros saberes. (NOLETO; MOSIMANN; LUSTOSA, 2011).

A Psicologia tem que ser focal em sua atuação, no entanto, tem um olhar humanizado permissivo a integralidade, visando o sujeito não só por seus aspectos de saúde, mas pela sua constituinte história de vida.

Freitas e Moretto (2014) apontam que apesar da evolução da medicina ocidental, e das grandes descobertas de cura e de diagnóstico, ainda não são satisfatórios na promoção a saúde. O que evidencia-se é que as técnicas das grandes especialidades não permite ao profissional ouvir e compreender o paciente. As autoras ainda afirmam:

As instituições de saúde possuem dificuldades para prestar um atendimento humanizado e integral aos pacientes, que vão desde as estruturais, até ausência de equipe multidisciplinar. Evidenciou-se essa carência no que se referiu à prestação de serviço e cuidados despendidos a pessoas em situação de vulnerabilidade social, como um morador de rua. (FREITAS; MORETTO, 2014, p.84).

O entendimento do paciente é fundamental para vê-lo como pessoa. É comum ao hospital a chegada de pacientes com enfermidade sem causa aparente, mas quando tratadas de forma empática, se propõem a abertura de seus motivos, e logo compreende-se sua doença. Ao contrário disso, são as práticas hospitalares, em que parece que quanto mais fala-se em humanização menos ela é colocada em prática:

A utilização do termo *amenização* é uma provocação, uma vez que a expressão *humanizar* dá a entender que o problema está naquilo que não é humano. Todavia, a postura mal humorada, agressiva e descompromissada faz parte dos valores humanos. Podem não ser positivos estes valores, mas ainda sim são humanos. Portanto, a questão não é focar a inexistência de humanidade e buscar humanizar, mas sim observar o que faz a humanidade expressar muitas vezes o seu lado nocivo. Serão as condições físicas do hospital? Será a forma de se relacionar dentro da equipe? Será a ausência de educação para a saúde junto á população? Será a corrupção que faz com que os aparelhos públicos de atendimento ainda sejam precários em sua grande maioria? O que propomos é o reconhecimento de que o ser humano é capaz de agir para o bem e para o mal, mostrando que agir positivamente é um caminho mais nutritivo. Amenizar, neste sentido, é tornar o ambiente e as relações que nele acontecem, mais propícios ao bem estar e ao cuidado de quem é paciente e cuidador. (MELLO; RAVAGNANI apud FREITAS; MORETTO, 2014).

Por outro lado, é importante pensar que os profissionais de saúde sofrem tanto quanto os pacientes pela falta de cuidado. Normalmente, para ter salários melhores, se faz necessário dar plantões em vários hospitais ou trabalhar diariamente em dois ou três turnos, em locais que não oferecem um ambiente de trabalho favorável, sendo muitas vezes hostil, inóspito e insalubre. A equipe, na qual

exigi-se prestação de cuidado, na grande maioria das vezes, não é cuidada. (FREITAS; MORETTO, 2014).

Claramente são necessárias muitas mudanças na configuração hospitalar brasileira, da atenção básica ao paciente à um local digno de trabalho aos profissionais. Verifica-se que não tem como cobrar mais atenção de uma equipe esfacelada pela falta de desvelo.

Mostrar-se-á importantes conceitos filosóficos a cerca do cuidado, na perspectiva de Foucault, Heidegger e Boff sendo articulado ao cuidado no Hospital. Ele também propõe caminhos éticos de cuidado que a equipe de saúde pode se submeter para resgatar qualidade de vida para si e para seu paciente, disposto por Foucault como cuidado de si.

A importância do conceito Filosófico do cuidado de si como alternativa ético-política para a assistência hospitalar

Os múltiplos eventos, acompanhando das profundas e constantes transformações no modo de viver e no espaço, desvanece o existir humano. A velocidade da informação, sem tempo hábil de elaboração, permite ao homem a sensação de perda de controle, lançando-o, muitas vezes, ao desamparo, a deriva. (FRANCISCO, 2012). Baseado nisso, este capítulo abordará também possíveis fatores sociais que impedem o sujeito de cuidar de si e de quem os cercam.

Heidegger busca o sentido da existência, a partir do "ser" que é lançado no mundo, e do "aí" que é o mundo, tratando da inseparabilidade do homem-mundo, o ser-aí. (FEIJOO, 2011). O filósofo comenta que o sujeito ao nascer é lançado no mundo, absorvendo as experiências que lhe são oferecidas. Para isso, a primeira forma de contato externa de si é a partir do cuidado do outro, ou seja, o outro oferece ao sujeito o modo de ser-no-mundo, e a partir daí ele constitui sua própria forma de cuidar. (HEIDEGGER, 2005).

Portanto, o mesmo autor afirma que o modo-de-ser humano, necessita do cuidado do outro, para constituir-se. Permitindo ao homem não apenas ter o cuidado, mas ser o cuidado, que faz fundamentalmente parte da constituição do ser humano. É o que permite ao homem um modo-de-ser singular aos outros. Não há ser humano sem cuidado.

Ao falar do cuidado de si, Heidegger comenta sobre a atenção para si, o modo de compreender a si, o seu mundo e seus modos de agir e interagir, busca o sentido de ser em si.

Ainda para o filósofo, quando o sujeito absorve e vive o cuidado de si, ele consegue naturalmente transcender o cuidado para as pessoas, independente das múltiplas e possíveis formas que o outro possa se apresentar, logo, nota-se que o cuidado intensifica as relações sociais.

Para Sócrates, o cuidado de si é inspiração de um deus. É a missão que alguma divindade dá a alguém na terra, que deve ser cumprida. Esse cuidado de si é o conhecimento de si "conhece-te a ti mesmo", o entendimento da alma. O cuidado de si deve ser perpassado nas relações, com a atenção para que ele não se perca no meio destas. (MUCHAIL, 2011).

Em Sócrates, o "cuidado de si" remete a uma função a ele confiada pelos deuses; designa-lhe uma posição, que é a do mestre a quem cumpre ensinar os concidadãos a cuidar de si; determina-lhe um papel, que é o daquele que desperta e inquieta. (MUCHAIL, 2011, p. 47).

A mesma autora comenta que após o período socrático, o modo de pensar acerca do cuidado de si, sofreu algumas alterações. Passou a remeter ao modo de existir, de pensar e de conduzir-se, tornou-se vinculado a um sentido de meditação, com efeitos purificadores da existência do ser.

Independente do momento histórico, para Foucault o conhecimento de si é fundamental ao cuidado de si. Como comenta Muchail (2011, p. 47):

(...) em Sócrates ou depois dele – o cuidado de si é um noção que acompanhou, enquadrou, fundou a necessidade de conhecer-se a si mesmo, constituindo um princípio fundamental da atitude filosófica. Ora quando surge este preceito délfico, ele está algumas vezes e de maneira muito significativa, acoplado atrelado ao princípio do cuidado de si. (...) é bem mais como uma espécie de subordinação relativamente ao preceito do cuidado de si que se formula a regra de conhece-te a ti mesmo.

O sujeito precisa ocupar-se consigo, para que tenha atenção e não se esqueça de si. Diante disso, aparece nas entrelinhas do cuidado de si, o conhecimento de si "conhece-te a ti mesmo", o cuidado trazido por Foucault vai além da consciência de si, é o cuidado com atenção ética de si, o ser tornando-se ético

consigo, para tornar-se socialmente ético com o outro que partilha dos meios sociais. Ele faz com que o homem tenha maiores responsabilidades de assumir seus próprios atos. (MUCHAIL, 2011).

Foucault (2004) considera o cuidado de si como o despertar, o sair do sono e abrir os olhos, "este inseto que persegue os animais, pica-os e os faz correr e agitar-se" (p.11). Cuidar-se é primordial ao sujeito ético no entendimento de suas atribuições e concepções sociais, permitindo ao homem viver de forma ética no sociedade, à vista disso:

O cuidado de si é um espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência. (p.11)

De igual forma, porém, por caminhos diferentes, Boff (2001) fala do cuidado por meio do princípio da compaixão como algo fundamental a humanidade na relação com o outro. Mesmo quando o sujeito não é merecedor dela, por seu comportamento cruel, não fica isento a este. Portanto, todo ser humano é essencialmente um ser-de-com-paixão.

Com-paixão é mais do que um ato ou um conjunto de atos de profunda humanidade em direção ao outro. (...) a compaixão faz parte da essência ou da natureza da pessoa humana, de seu modo de ser concreto. (p. 10).

A preocupação de Boff (2001) com a forma de existir humana, deve as constantes alterações evolutivas na sociedade e com a rapidez em que tudo foi culturalmente se ajustando. O progresso da comunidade do ter, da indústria, do comércio e do lucro, sobrepuiu a profundidade humana deixando o ser humano rasteiro ao outro, capaz de excluir seus iguais de meios naturalmente comuns.

Como forma de escape da relação que o homem tem estabelecido consigo, com o outro e com a natureza, se fez necessário buscar um sentido de vida mais profundo do que a atualidade pode proporcionar, o existir baseado no princípio-compaixão. (BOFF, 2001).

O autor ainda dispõe em consonância com o que Heidegger defende a respeito do cuidado, que a compaixão está relacionada com a emoção e numa sociedade racional, não há como sustentá-la. Em vista disso, como base em Heidegger, comenta-se:

Se o cuidado é a constituição ontológico-existencial mais original do ser humano, então ele oferece a base mais segura para entender a compaixão em seu sentido fundamental. (...) Com-paixão - como

sugere a filologia da palavra- é a capacidade de com-partilhar a própria paixão com a paixão do outro. Trata-se de sair de si mesmo e de seu próprio círculo, e entrar no universo do outro enquanto outro. (BOFF, 2001, p.14-5).

Assim como Foucault, o mesmo autor trata do cuidado com o outro, traduzido pela com-paixão, como um responsabilidade ética, com o outro possuidor de vida.

É preciso insistir no fato de que o cuidado por sua natureza, possui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira simboliza o desvelo e a atenção consigo. E a segunda, surge espontaneamente da primeira, na solicitude, preocupação, envolvimento e afetividade ao outro.

Em contrapartida, diante da velocidade exigida pela sociedade, como discutido anteriormente por Francisco (2012), cada vez torna-se mais difícil o indivíduo racionalizar a informação que lhe é passada. Logo, é cada vez mais distante o olhar para si, ter tempo para focar nas suas necessidades intrínsecas.

A autora deixou assentado que a constituição de sujeito da razão se perdeu na contemporaneidade, dando lugar ao indivíduo da incerteza, que é cercado por verdades absolutas, vulneráveis a constantes mudanças. Isso relaciona-se com a saturação de informações sem capacidade de processamento, fazendo do homem um ser traumatizado, sendo o trauma um despropósito de excitações que fogem do controle. Como o homem não domina o excesso, torna-se norma.

Cabe, por oportuno, destacar a lição de Foucault (2014) ao referir-se à respeito do cuidado de si em relação ao sujeito ético. Quando o ser ocupa-se consigo, não é facilmente levado a uma relação de poder, somente o indivíduo que não deleita-se consigo torna-se preconceituoso e cria dogmas, afastando-se de si e do outro. Se todos cuidassem de si não haveriam tantos problemas sociais, não existiria uma sociedade regada por leis, possivelmente viver-se-ia em outra realidade social.

O homem pensa da forma que é levado a pensar. Em meios sociais, sempre há fortes relações de poder que geram condutas sociais. Controla-se o sim e o não, o ser e o não ser, o ter e o não ter, o saber e o não saber. Foucault (2014), em relação ao conceito de poder, considera que a diferença é produtiva: produz (pre)conceitos, diferenças e singularidades. Tais distinções geram padrões, modelos e regras de como agir socialmente. A diferença, vista politicamente, sempre será cultivada, por ser produtora das relações de poder.

Portanto, se o sujeito pouco possui o cuidado de si, como o passará ao outro? Se a equipe de saúde que atua diariamente na árdua rotina do hospital, possivelmente não tem condições de cuidar de si, como passará atenção ao outro?

Há diversas atividades na prática hospitalar que corroboram no prejuízo do cuidado ao paciente, o preenchimento de formulários obrigatórios, as evoluções clínicas, dentre outros protocolos, são exemplos de instrumentos exigidos institucionalmente que tem funções benéficas, mas que culminam na perda de tempo, no que refere-se, a atenção ao paciente. Para Foucault (2014), tudo isso alude ao denominado dispositivo, ao modo como variados dados se conectam e se relacionam para abranger determinado fim, produzir algo que supra um determinado problema.

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (...) existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, cuja finalidade, é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante. (FOUCAULT, 2014, p.244-5).

O sujeito hospitalizado, como já é sabido, vai demandar cuidados clínicos e emocionais, que não são facilmente supridos, pois em si, possivelmente, há pouco cuidado. Os profissionais de saúde, comumente, assim como o paciente, não cuidam de si.

O paciente que é tratado clinicamente sem qualquer interação de cuidado, habitualmente intercorre emocionalmente, causando danos ao seu estado de saúde.

Levando-se em conta o que foi observado, não adianta constituir seres humanos que acusem os erros dos outros, sem olhar para si. Quem não cuida da própria ética, habitualmente massacra seus semelhantes. (FOUCAULT, 2014). Desta maneira, não se faz necessário encontrar o culpado pela falta de cuidado nos hospitais, mas compreender o funcionamento desse processo. Reconhecendo que o cuidado de si e dedicação ao cuidado do outro, são caminhos possíveis para um tratamento hospitalar humanizado.

Considerações finais

Esta monografia teve como objetivo delinear o percurso histórico do conceito de cuidar da Psicologia Hospitalar no hospital geral e as contribuições do conceito de cuidado filosófico para o fazer do psicólogo hospitalar.

Retoma-se que para o hospital ser o que é hoje ocorreram grandes mudanças em sua estrutura assistencial. A medicina no século XVI engatinhava em suas formas de intervenção na saúde do paciente, tinha como principal instrumento o diálogo, e a partir dele compreendia e possivelmente tratava a enfermidade.

Diante de históricas evoluções, chega-se na medicina de hoje, no modelo biomédico, agora com um local próprio de atuação, o hospital. Neste lugar não reside apenas o saber médico, mas tantos outros conhecimentos que juntos tratam e cuidam do paciente, para que ele volte a suas atividades cotidianas da melhor forma possível.

Na equipe de saúde, destaca-se aqui, o psicólogo hospitalar que entrou no hospital séculos depois que a medicina, no entanto, mostra sua importância na compensação e reabilitação do paciente.

Este profissional trabalha com a subjetividade do paciente que ao longo do processo de hospitalização, comumente é tratada com exclusão por muitos da equipe. Como não pode-se amputar o que é essencial à existência humana, busca-se ignorar, causando mais dor e sofrimento ao paciente.

Entretanto, não pode-se cobrar cuidado de quem não foi cuidado ou tão pouco buscou cuidar-se. Para lidar subjetivamente com o outro é necessário cuidar de si, olhar para suas necessidades emocionais e ter uma dedicação ética de estética existencial, podendo, portanto, empenhar-se no cuidado ao outro, formando uma sociedade ética preocupada com seus valores e principalmente com os dos outros.

Numa sociedade individualista como essa pautada por uma preocupação com o ter, e com a desvalorização do ser, quanto mais se tem, mais importante se é. Com isso, as relações intra e extra hospitalares se dão pelo poder, que está associado ao dinheiro, ao saber e à autoridade. Poder este que destitui o sujeito do que ele é para assumir forma de dominador, que sobrepuja todos os outros, desdenhando qualquer forma de cuidado.

Nessa discussão valoriza-se o cuidado na prática de todos os profissionais que trabalham em hospitais com pacientes carecem de cuidados físico e emocional,

necessitando que todos os profissionais tenham cuidado ético consigo, para poder oferecer um cuidado de qualidade aos enfermos internos no hospital.

Para que como já dito em outros momentos deste trabalho, a técnica passe a ser algo que contribua no tratamento do paciente, mas que não seja o instrumento principal, para que antes haja a valorização holística do sujeito, do diálogo, do cuidado, culminando em respostas orgânicas esperadas, por todos que estão em volta da pessoa hospitalizada e principalmente por ela mesma.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATTONE, H.B.C; NICOLETTI, E. A. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2009.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

BRASIL. **Pense SUS**. Recife, 28 nov.2013. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br>> Acesso em: 01 out. 2015.

BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S.R. de A. (Orgs.). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CAVALCANTE, A. K. de C. B.; DAMASCENO, C. A. F.; MIRANDA, M. D. S. de. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 27, n. 3, p. 221-33, set./dez. 2013.

CARVALHO, D. B. de; SANTANA, J. M.; SANTANA, V. M. Humanização e Controle Social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicologia ciência e profissão**. Teresina, v. 29, n.1, p.172-83, dez./out. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Nº014/00** de 20 de dezembro de 2000. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, 2001.

FEIJOO, A. M. L. C. de. **A existência para além do sujeito**. 1. ed. Rio de Janeiro: Viaverita, 2011.

FERREIRA, J.A.; ARAÚJO, G. C. de. Humanização da saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos e contextos**. Porto Alegre, v.13, n.1, p. 199- 213, jan./jun. 2014.

FERREIRA, L. R. **Práticas de humanização como mecanismo de coordenação do trabalho em saúde e a identificação de redes** - o caso de dois laboratórios do IPEC. 2014. 118p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

FIGUEREDO, L. C. **As diversas faces do cuidar: novos ensaios da psicanálise**. São Paulo: Editora Escuta, 2009.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-12, abr./jun. 2013.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

FRANCISCO, A. L. **Psicologia Clínica: prática em construção e desafios para a formação**. Curitiba: Editora CRV, 2012.

FREITAS, C.R. de; MORETTO, C.C. Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. **Revista da SPAGESP**. São Paulo, v.15, n.2, p. 77-93, mar./ago. 2014.

FURTADO, P. L. et al. Análise clínico-epidemiológica do Atendimento de Pronto-Socorro de Otorrinolaringologia de um Hospital Terciário. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. Brasília, v. 77, n. 4, p. 426-31, jul./ago. 2011.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 15. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

NOLETO, L. T.; MOSIMANN, Q.; LUSTOSA, M. A. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.201-22, jun. 2011.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença.** 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.