

## **Potências e limites do cuidado em saúde: experiências de uma psicóloga residente**

Potencies and limits in healthcare: experiences of a resident psychologist

Fernanda Maysa Borniotto; Adriana Barin de Azevedo

Universidade Estadual de Maringá

---

### **RESUMO:**

Este artigo propõe identificar as potências e limites do cuidado em saúde, a partir da atuação de uma psicóloga em um Programa de Residência em Saúde. Buscou-se compreender os modos de cuidar em psicologia, na relação com outros profissionais de serviços de saúde, e perceber em que aspectos este cuidado é atravessado pela lógica da medicalização e biomedicalização. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, inspirada no referencial da Análise Institucional, em que se utiliza o Diário de Pesquisa como ferramenta de registro de vivências, a partir do qual se constroem narrativas. Estas permitem acessar alguns analisadores discutidos dentro de três campos temáticos: Ser psicóloga residente; Corpos que se encontram e desencontram; e Medicalização e Biomedicalização. Foi possível compreender que o cuidado em psicologia, neste contexto, não se orienta pela cura do sofrimento, mas é permeado por limites inseparáveis da potência, própria aos modos de acolher um usuário, com a participação de familiares e profissionais.

**Palavras-chave:** Psicologia; Cuidado em Saúde; Residência Integrada Multiprofissional

---

### **ABSTRACT:**

This article proposes identifying the potencies and limits in healthcare, based on the performance of a psychologist in a Healthcare Residency Program. Sought to comprehend ways of caring in psychology, in relation to other health professionals and analyze in which aspects this caring is crossed through the logic of medicalization and biomedicalization. It concerns from an intervention research, inspired by the framework of the Institutional Analysis, which uses the research log as a registration tool for experiences and constructing narratives. These narratives are discussed by some analyzers and divided into three themes: Being a resident psychology; Bodies that meet and miss each other; Medicalization and Biomedicalization. It was possible to comprehend that the caring in psychology, in this context, it's not oriented by the healing of the suffering, it's permeated by limits that are inseparable from the potency, proper to the ways of welcoming an user, with the participation of family and professionals.

**Key-words:** Psychology; Healthcare; Integrated Multiprofessional Residen

---

*DOI: 10.12957/mnemosine.2022.66395*

## **Introdução**

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência, do Hospital Universitário de Maringá, vinculado à Universidade Estadual de Maringá (UEM), é um curso de especialização lato sensu destinado aos profissionais de psicologia, enfermagem e farmácia, cujo objetivo é oferecer capacitação a esses profissionais para atuarem na assistência à saúde em urgência e emergência (BRASIL, 2018).

O Programa de Residência, que tem a duração de 2 anos, os quais foram vivenciados no período de março de 2019 a fevereiro de 2021, envolveu uma experiência de estudo com aulas teóricas e atuação prática desenvolvida em serviços de saúde pública da cidade de Maringá-PR e região. Os psicólogos residentes atuam nos serviços de Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Emergência Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial III e dois hospitais, sendo um deles o hospital universitário. Nesses campos de atuação prática, os residentes contam com o suporte de preceptores psicólogos que atuam nesses cenários de trabalho oferecendo aos residentes suporte e orientações sobre as rotinas de atendimento; e tutores docentes, vinculados à UEM, que participam de algumas decisões em torno da atuação dos residentes, em conjunto com os preceptores.

A atuação como psicóloga residente é organizada de acordo com as necessidades e demandas de cada equipamento de saúde, sendo realizados atendimentos individuais e/ou grupais aos usuários<sup>1</sup> de saúde. Tendo a residência ênfase na urgência e emergência, esses locais de atuação possibilitam o desenvolvimento de intervenções breves e pontuais, como é o caso de atendimentos no contexto de pronto-socorro de hospital ou UPA. No contexto hospitalar, os atendimentos são realizados conforme as solicitações da equipe e por meio de buscas ativas dos próprios profissionais, podendo ocorrer em todos os setores do hospital: Pronto Atendimento, Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e Enfermarias pediátrica, ginecológica e clínica (médica e cirúrgica).

Nos serviços mencionados, existem demandas de saúde mental diversas, havendo, em grande parte dos casos, a necessidade de um cuidado continuado e de acompanhamento em rede. Sendo assim, a atuação da psicologia envolve encaminhamentos e contatos com outros níveis da atenção à saúde, conforme as necessidades levantadas. Além disso, a psicóloga residente, quando atua no contexto hospitalar, também entra em contato com demandas constantes relacionadas à morte, ao luto e a cuidados paliativos. E, ao adentrar nesses serviços, a psicóloga passa a ter contato com várias equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros,

técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e nutricionistas) compostas por profissionais que se encontram em diferentes vínculos trabalhistas.

Foi a partir das experiências diárias e do que podemos nomear, segundo Espinoza (2007), como afetos alegres e tristes<sup>2</sup>, que foi possível compreender os diversos modos de cuidado que a psicologia pode produzir em uma Residência Multiprofissional. Podemos apontar como afetos alegres o que se sentiu nos encontros de composição e fortalecimento dos modos de pensar o cuidado nessa Residência, e apontar como afetos tristes o que se sentiu nos encontros que provocaram dificuldades para criar estratégias de cuidado, tensões e impossibilidades de diálogo entre as equipes. Considerando as variações afetivas presentes no cotidiano de trabalho e problematizando o campo de atuação da psicologia, buscou-se identificar as potências e limites nos modos de cuidado em saúde desenvolvidos pela atuação de uma psicóloga em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência. Para tanto, foi preciso colocar em análise de que modo a profissional percebe seu modo de cuidar a partir das solicitações realizadas por outros profissionais da equipe, assim como analisar quais modos de cuidado em saúde podem ser atravessados pela lógica da medicalização e biomedicalização na experiência da psicóloga residente. E ainda investigar o que, nesta prática profissional, se apresenta como limite e torna possível à psicóloga residente conhecer as potências deste cuidado, que se faz de maneiras diferentes a cada caso.

Para fomentar a pesquisa, questionamos alguns modos de cuidado em saúde que possam sinalizar aspectos medicalizantes e biomedicalizantes nas situações vividas nos locais de atuação da Residência. Medicalização é um termo utilizado para se referir a certo modo de avaliar e tratar uma situação de vida. Segundo Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), o termo medicalização já foi conceituado de diferentes maneiras, não se restringindo apenas ao campo médico, mas se expandindo em categorias, vocabulários e tratamentos que fazem parte dos modos de vida na contemporaneidade. Ao longo das transformações sociais, a medicalização passa a ser vista como um processo do qual a medicina é parte, mas que inclui outros atores que têm interesse e participação nos modos de conduzir o cuidado, tais como: os interesses da indústria farmacêutica e os interesses sociais, corporativos, econômicos e políticos. Deste modo, a medicalização é compreendida como um processo complexo que explicita o modo como estamos vivendo em sociedade.

Partimos da compreensão de Coracini (2018), quando se refere a um espaço de cuidado em saúde mental caracterizado como um campo de forças, onde é possível coexistir discussões,

desconstrução de diagnósticos, atuações com vistas à micropolítica do cuidado, ações medicalizantes e hierarquização de saberes. Sendo assim, a biomedicalização:

*[...] ocupa não só um lugar de modulação dos corpos, como efeito de políticas de subjetivação hegemônicas, mas é também uma das respostas ao mal-estar presente em toda parte, ao grande cansaço do humanismo da modernidade, ao seu esfacelamento. A biomedicalização parece integrar o gerenciamento de uma semivida anêmica, nem vida nem morte, mas a produção de sobreviventes, uma produção do sobrevivencialismo (CORACINI, 2018: 54).*

Esse modo de gerenciamento das relações nos incomoda e leva a pensar o quanto a atuação da psicologia na residência pode servir ao “sobrevivencialismo” e não à vida, provocando-nos questionamentos sobre a que estamos sendo levados a servir, a serviço de quem e em busca de que (CORACINI, 2018). Compreender o funcionamento desse campo de forças pode contribuir para que os e as profissionais de saúde residentes repensem suas práticas e seu modo de fazer cuidado em saúde.

### **Percurso Metodológico**

Para o desenvolvimento deste trabalho, nos inspiramos na perspectiva da Análise Institucional, por ser um tipo de pesquisa de intervenção que, sendo um movimento plural, engloba várias correntes, saberes e práticas, permitindo tratar dos modos de cuidado em saúde da psicologia considerando as diferentes forças institucionais que participam dessas vivências. Para os institucionalistas, a sociedade é compreendida como um tecido de instituições, que se interpenetram e se articulam entre si, regulando a produção e reprodução da vida humana. As instituições se materializam nas organizações, que são estabelecimentos como escola, fábrica e hospital, assim como nos diferentes campos de prática da Residência. Nesses cenários, percebemos a operação do instituído, como força que indica a permanência de certos fenômenos, sendo fixos e estáveis, e envolvendo o instituinte em um movimento de transformações das instituições, como forças produtivas e dinâmicas (BAREMBLITT, 2002).

Utilizamos a estratégia metodológica de pesquisa participativa, chamada Pesquisa de Intervenção, apresentada por Pezzato e L’Abbate (2012), a qual questiona os enfoques tradicionais de pesquisa que separam o pesquisador do seu objeto. Ela compreende que as práticas de pesquisa de intervenção e a produção do conhecimento ocorrem simultaneamente, de modo que a pesquisadora possa colocar em análise a sua experiência, enquanto psicóloga, nesta Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência.

Trabalhamos também com um conceito da Análise Institucional, que é o de analisador. O analisador é um conceito proposto por Félix Guattari, no livro *Psicanálise e Transversalidade* (2004), e se refere a qualquer acontecimento que revela um campo de forças

presentes em uma instituição e se apresenta de múltiplas formas. Além de enunciar e produzir a análise do que está presente em uma situação, ele tem um caráter interventivo e de transformação em diversos âmbitos das relações institucionais. Nas palavras de Lourau (2020: 241-242):

*A instituição possui o poder de nos objetivar, de nos coisificar em estatutos e papéis. O analisador “desobjetiva”: ele desfaz os estatutos e os papéis, nos restitui a subjetividade. [...] A instituição possui o poder de fixar nas normas às relações livres, vivas, interpessoais, tais como se constituem na vida cotidiana mais íntima, como nos movimentos sociais espontâneos [...]. O analisador desinstitucionaliza, revela o instituinte sufocado sob o instituído e, ao fazê-lo, perturba o instituído. [...] A instituição possui o poder de materializar em formas aparentemente neutras e universais, a serviço de todos, forças econômicas e políticas que nos dominam, fingindo nos ajudar e nos defender. O analisador desmaterializa as formas da opressão, revelando as forças que nelas se escondem, e combate quaisquer formas materiais.*

Nesse sentido, para esta pesquisa, o analisador permite revelar o jogo de forças que se apresenta em potências e limites na atuação da psicóloga nesta Residência. Percebemos como analisadores, por exemplo, a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a morte, a psicologia como tradutora de comunicação, o desencontro de profissionais da saúde com os usuários/pacientes, o contexto pandêmico e a medicalização e biomedicalização dos modos de sofrimento. A ferramenta escolhida para colocar em análise a experiência da profissional é o Diário de Pesquisa, proposta desenvolvida por Lourau (1988; 2004 apud Pezzato e L’abbate, 2012) e utilizada em Pesquisa Intervenção, o qual permite registrar o processo de pesquisar (LOURAU 2007, apud PEZZATO; L’ABBATE, 2012).

O Diário de Pesquisa, neste trabalho, foi produzido durante os meses de maio de 2020 e outubro de 2020 pela pesquisadora, com registros escritos em forma de texto, com descrição de acontecimentos presenciados, desabafos, relato de caso em formato de conto, contemplando as situações mais marcantes da atuação e a experiência enquanto psicóloga residente nos serviços de saúde já mencionados. Por meio de uma escrita livre, foi possível abordar afetos alegres e tristes, experimentados diante de diversas situações no contexto das instituições, ao longo do processo de pesquisa.

A partir dos registros do Diário de Pesquisa, foi possível destacar alguns acontecimentos marcantes, alguns incômodos e surpresas que são analisadores desta experiência e que serão discutidos dentro de três campos temáticos: 1) Ser psicóloga residente; 2) Corpos que se encontram e desencontram; 3) Medicalização e Biomedicalização. Com o uso do Diário, anotando os afetos, impactos e situações diversas vividas no cotidiano da residência, foi possível acolher, avaliar e pensar a respeito do papel da psicóloga residente e sobre o quanto seu modo de cuidar é fruto das relações construídas, que envolvem muitos profissionais, as

instituições e o momento pandêmico que afeta a todos. A partir destas reflexões registradas nos Diários de Pesquisa, construíram-se as narrativas da pesquisadora, um modo de escrita que conta os dilemas e experiências alegres em algumas conversas, situações e acontecimentos presenciados. As narrativas são, portanto, uma reescrita do material presente no diário e dizem respeito aos trajetos da pesquisadora e das suas experiências afetivas junto a profissionais e usuários com quem teve contato enquanto atuava na Residência.

A proposta de construção de narrativas é entendida por Nardez e Mendes (2020) como a possibilidade de iniciar processos de reflexão, síntese e produção de sentido. Guzzo (2020) sugere que a narrativa, assim como a arte, não pode ser separada da vida e nos afeta por oportunizar potência de pensamento e criação. Ou seja, torna-se potente ao dar espaço para a pesquisadora, enquanto psicóloga residente, compartilhar e expressar sua produção a partir dos encontros com outros profissionais de saúde, usuários dos serviços e dos modos como ela foi se afetando com os discursos hegemônicos medicalizantes e biomedicalizantes que se apresentam em algumas práticas de cuidado em saúde.

Essas narrativas foram produzidas garantindo o sigilo de informações pessoais dos serviços de saúde, bem como de usuários e demais profissionais. O projeto deste trabalho foi enviado ao comitê de ética; contudo, não foi identificada a necessidade de avaliação por se tratar de produção de narrativas da própria pesquisadora a respeito de suas impressões acerca do seu trabalho. Assim, a partir das narrativas, foram apontados alguns analisadores, que permitem dar visibilidade às potências e aos limites nos modos de cuidado em saúde.

### **Discussão**

A atuação como psicóloga residente possibilitou o contato com diversas experiências e ricas vivências em relação ao trabalho multiprofissional e evidenciou a importância do funcionamento das políticas públicas de saúde. A precarização do sistema de saúde e a desvalorização dos profissionais, que são desafios presentes nas realidades dos serviços, foram percebidos pela psicóloga residente na convivência com funcionários adoecidos, afastados e pouco satisfeitos com a qualidade do trabalho, devido às necessidades de investimentos e valorização profissional. Foi possível também perceber os desafios enfrentados neste lugar ocupado pela residente, que, por vezes, era reconhecida como profissional, fazendo parte de uma equipe e, por vezes, como aluna, perpassando por alguns embates de direitos e deveres.

Trabalhar em serviços de saúde em um contexto de pandemia pôde evidenciar fragilidades que já estavam presentes, como a falta de recursos humanos e afastamentos do trabalho, devido aos adoecimentos de saúde mental desses profissionais, que se intensificaram

neste período de maiores jornadas de trabalho, em decorrência das ações de combate à COVID-19. Temer a contaminação do vírus, bem como adoecer e morrer, presenciar o falecimento de colegas de trabalho e lidar com o aumento de número de óbito de muitas famílias, perdendo seus entes queridos em decorrência da doença, tornaram o contexto de trabalho mais exaustivo, conforme nos apresentam Schmidt et alii (2020). Essas vivências foram geradoras de muitas reflexões sobre o que é possível realizar como estratégia de cuidado, questionando até onde a psicologia pode ir e quais criações ela pode desenvolver. Diante desse cenário, a psicóloga residente passou por experiências que puderam apontar para potências e limites nos modos de cuidado em saúde, situações que discutiremos a partir das narrativas apresentadas nos três campos temáticos a seguir.

### **Ser psicóloga residente**

Sou chamada pela equipe de saúde para atender uma família que estava fragilizada diante da situação de internação do filho. Se tratava de um bebê, com poucos meses de vida. Os pais estavam sentados no corredor do hospital, aflitos, aguardando autorização para entrar e visitar o filho. A equipe me diz a seguinte frase: “vai e prepara a família, porque talvez o bebê não aguento”. A situação me incomoda e provoca alguns questionamentos: como a psicologia é vista pelos demais profissionais da saúde? É possível preparar alguém para a morte? É possível preparar a mãe para a morte de seu filho? Como a psicologia pode preparar alguém para esse momento? A ciência e as áreas de conhecimento da saúde “aguentam” preparar alguém para a morte? O que este verbo “preparar” nos convoca? Poderíamos pensar no verbo “acolher” ou “cuidar” ao invés de “preparar”? (Narrativa 1).

Os questionamentos que aparecem nesta primeira narrativa explicitam o processo de análise da implicação das práticas realizadas nesta Residência Multiprofissional em Saúde. A condição de psicóloga residente consolida-se através das trocas com as equipes de saúde, atuando em conjunto com profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. As equipes necessitam diariamente lidar com demandas de saúde intensas, como adoecimentos graves, óbitos frequentes e lutos semanais. Neste cotidiano de trabalho, surgem questionamentos sobre quais seriam os limites vivenciados pela psicóloga, quando não se consegue ‘salvar’ a vida de um paciente, e como desenvolver um cuidado em saúde que possa, talvez, não garantir a vida. Estes questionamentos anotados no Diário de Pesquisa ao longo das vivências desta Residência foram disparados a partir de algumas cenas, que se mostraram como analisadores da experiência, na medida em que provocaram incômodos, sensações e novas percepções.

A partir da narrativa apresentada, parecia existir a sensação de que haveria uma missão dos residentes da psicologia de “preparar” os familiares quando a morte se aproximava. O desejo de que uma área profissional prepare para a morte parece explicitar uma certa dificuldade dos serviços em lidar com ela e em aceitar que, embora lutemos pela vida, talvez

os profissionais de saúde não possam garanti-la. Além disso, outro aspecto desta questão aparece pelos saberes onipotentes diante dos prognósticos clínicos, em que ouvimos, por vezes, que “esse paciente não passa de hoje”, “ele não sobreviverá a essa cirurgia” e “não há mais o que ser feito”; porém, nas vivências da psicóloga residente, foi possível observar alguns relatos que nos sinalizam o quanto existe não somente um saber médico, mas, sim, saberes que nos questionam em relação à vida e a morte, colocam em xeque os supostos saberes hegemônicos e, por vezes, nos deixam atônitos, sem respostas.

Em um atendimento infantil, ouvi a seguinte frase: “quando eu era bem pequeno, um médico falou para minha mãe que eu precisava de um caixão, não tinha o que fazer comigo, tinha que comprar um caixão para mim, falou isso várias vezes para ela”. A criança compartilha comigo seu desejo de encontrar o médico e dizer “poucas e boas” a ele, dizer que não precisou de um caixão, que estava vivo, enfrentando suas limitações em relação à doença, que deveria lhe acompanhar ao longo da vida (Narrativa 2).

Ocorreu um caso em que o paciente era um idoso em processo de cuidados paliativos e que a equipe havia estimado uma previsão de vida de uns três dias, devido à gravidade em que já se encontravam os seus órgãos. A família estava orientada e ciente da situação. Todos, então, ficaram na espera de sua partida. Passaram-se dias, semanas, completando meses, e o paciente continuou entre nós, em uma condição semelhante ao que Saramago (2017), em sua obra ‘As intermitências da morte’, nos diz “[...] não mortos, mas também não vivos” (p.49). A família que o acompanhava me disse: “quando ele estava conseguindo falar, ele disse que não queria morrer, pois bem, ele decidiu não morrer” (Narrativa 3).

Essas narrativas nos incitam a questionamentos em relação ao modo como os profissionais de saúde se comunicam com os usuários do serviço, sobre o qual podemos levantar a seguinte questão: qual é o discurso de maior valor? Do médico que acredita que todos os recursos terapêuticos já foram utilizados, da família que acredita que Deus fará um milagre e salvará a vida do paciente, ou do paciente que decide quando irá partir ou não? Ou será que o valor dos discursos depende, de certo modo, do partilhar com a família, de um trabalho integrado entre os profissionais?

Em meio aos diferentes discursos, a psicóloga residente sentiu o desafio de conciliar e manejar esses modos de compreender a vida e a morte junto ao paciente e à equipe, buscando atuar de modo a que fosse possível a aproximação, o caminhar junto do paciente, da família e da equipe. O desafio não é apenas ouvir todos os lados dessa relação, mas pensar que estes modos de compreender o sofrimento e o cuidado variam e que atribuir valor aos diferentes saberes parece estar presente na construção do trabalho de uma residente, na medida em que percebe que estes valores podem se diversificar. Por vezes, as falas dos familiares e usuários é que precisam ganhar maior relevância, pois o saber especialista se sobrepõe a elas. De todo modo, há momentos em que as falas, embora díspares, produzem um cuidado comum.

A mãe de uma criança que estava em processo de hospitalização, uma vez, me disse: “o médico dos médicos é Deus; só ele pode tirar a vida do meu filho, ele já venceu essa batalha”. Fico me perguntando se não seria mesmo a fé dessa mãe que sustentou a vida dessa criança, uma vez que “já não havia mais o que ser feito” e a criança parecia continuar lutando bravamente pela vida (Narrativa 4).

Como profissionais de saúde, podemos diminuir as esperanças dessa mãe? É possível garantir com 100% de certeza que esse bebê não irá sobreviver? Que forças são essas que agem sobre a vida e que a ciência não explica? Por que a esperança dos familiares parece incomodar? Em meio a tantas interrogações em torno da vida e da morte, Kovács (2005: 486) nos apresenta que: “Respostas foram trazidas pelas religiões, ciências, artes, filosofias, entretanto, nenhuma delas é completa e universal. São incompletas, embora possam ser, para algumas pessoas, num dado tempo, o que buscam, oferecendo, mesmo que provisoriamente, um sentimento de totalidade”.

Quando o processo de morrer se aproximava ou acometia os pacientes, a psicóloga residente pôde perceber em suas experiências, que existia uma sensação de fracasso nas relações com outros profissionais. Vivência que é apresentada no trabalho de Kovács (2005: 495) ao mencionar que “Ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, desmotivador e sem significado”. Isto, talvez, nos indique a dificuldade que, por vezes, as equipes de saúde apresentam em relação à temática da morte, bem como a comunicação de más notícias e de óbitos, o que podemos perceber exemplificado na narrativa seguinte.

Um médico chegou para comunicar o óbito aos familiares, estávamos todos sentados, eu (psicóloga) e três familiares, em uma sala, todos em círculo. O profissional entrou na sala, ainda de pé e disse: “oi, olha eu sinto muito, fizemos tudo o que era possível, mas sua mãe não sobreviveu”, falou mais duas palavras, virou as costas e saiu da sala. Me percebi bastante incomodada com a postura e rapidez da comunicação, a distância que parecia existir entre o olhar do médico e da família, e pensei na minha prática, no trabalho com a equipe, no papel de cada um. Será que a minha presença na sala implica em cuidar do que o médico não consegue cuidar? (Narrativa 5).

Nessas relações de trabalho, a psicóloga residente participou dos modos de cuidado em relação à percepção da morte e, por vezes, foi se constituindo como a tradutora de comunicações de óbito aos familiares, necessitando oferecer suporte emocional em situações de intenso sofrimento, suporte que não ocorria de modo prescrito ou protocolar, a ser seguido de determinada forma, mas que foi se construindo em cada atendimento na relação da psicóloga-paciente-equipe. Havia famílias que choravam e necessitavam de um lenço de papel, um toque no ombro ou de um abraço. Outras famílias demonstravam irritação e revolta com a difícil informação recebida e, por vezes, o cuidado que elas demandavam era o do silêncio e

da não intervenção. Eram situações que evidenciam os desafios de trabalhar com o sofrimento existencial inerente ao ser humano. Como consolar alguém que perde um ente querido? Como oferecer algum conforto? Ainda que tenhamos protocolos e técnicas que instruem a nossa formação e atuação profissional, foi em meio aos desafios e angústias diárias, fazendo análise da implicação vivida no encontro com os usuários de saúde, que a residente foi descobrindo como ser psicóloga e como desenvolver modos de cuidado em saúde.

### **Corpos que se encontram e desencontram**

Em alguns momentos, percebia que as equipes de saúde evitavam entrar em contato com as famílias dos pacientes, parecia existir uma dificuldade na aproximação, neste encontro. Como psicóloga, recebia pedidos como: “vai lá e avisa a mãe” ou “converse com os pais sobre isso”. Por vezes, precisava ir atrás dos médicos, para que eles pudessem conversar com os familiares, o que me despertava uma sensação de que eu estava “tomando o tempo” deles. Também me lembro de conversas que aconteciam com as famílias de usuários internados em um serviço, em que um dos profissionais dizia não gostar de conversar com a família e sempre comentava com pesar: “Ai, hoje tem família”, com uma expressão de descontentamento. (Narrativa 6).

Essa narrativa mobiliza a pensar se haveria um desencontro, uma dificuldade de estabelecer esse contato do profissional de saúde com o usuário ou a família. Será que esta expressão de descontentamento coloca em análise um modo de cuidar? Parecia haver um desencontro de alguns profissionais das equipes com os usuários, em que a psicologia parecia estar mais próxima fisicamente e subjetivamente, no sentido de conseguir oferecer uma escuta atenta às histórias que chegavam aos serviços de saúde, considerando a singularidade de cada pessoa atendida. Deste modo, podemos nos indagar sobre o que enxergamos no paciente/usuário quando ele chega até o serviço de saúde. Enxergamos sua doença/problema ou seu modo de viver, compreendendo sua integralidade composta por aspectos biológicos e psicossociais? Parece que os espaços de conversas com os familiares operam como alertas de que o cuidado não é um cuidado da doença, mas da história das pessoas, envolve conhecê-las e encontrá-las.

Enquanto profissionais da saúde, parece existir uma dificuldade em escutar o paciente ou a família, de modo que estamos a todo momento prevendo e supondo, pelos “traços” dos comportamentos do paciente, como iremos conduzir seus cuidados, supondo haver uma sensação de que seria mais fácil medicar o sujeito e esperar que ele corresponda ao tratamento, pois, assim, subentende-se que, cessando o sintoma, resolvemos o problema. Por vezes, também parecia existir uma dificuldade na linguagem e no modo de se comunicar com as famílias. A linguagem médica utilizada entre os profissionais das equipes de saúde, por vezes, era a mesma utilizada com os familiares, o que, de certo modo, dificultava o entendimento de

alguns termos e expressões comumente usados por esses profissionais. Isso nos indica que, talvez, houvesse uma necessidade de uma comunicação “menos médica” ou menos técnica, com uma linguagem mais acessível e compreensível às pessoas. Talvez fosse necessário construir uma linguagem comum, ou seja, uma linguagem acessada pela aproximação, pela presença, permitindo assim ao profissional enfrentar os desafios do seu lugar de cuidado.

Casetto et alii. (2019) defendem que existem diferentes afetos que atuam no processo de cuidado, sendo sentimentos que podem favorecer ou tensionar os vínculos. Nesse sentido, podemos perceber que os corpos que se encontram e desencontram entre os profissionais de saúde e usuários, algumas vezes, se esbarram em limites e eventualmente os profissionais se deparam com a sensação de impotência, como nos mostra a situação da narrativa a seguir.

Uma das pacientes apresentava graves sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e não conseguia se comunicar verbalmente ou visualmente. Por meio de suas expressões faciais, parecia sentir dor, por vezes ficava com a boca aberta como se quisesse gritar. Me senti completamente angustiada quando entrei em seu quarto e me deparei com suas limitações físicas. Fiquei me questionando como essa paciente se comunicaria comigo, se ela não podia falar e nem se mexer. Como seria possível fazer a escuta dessa paciente? Como fazer um atendimento psicológico nessas condições? O que essa paciente estaria sentindo, o que desejaria? Ela poderia desejar a morte? Ela poderia desejar partir? De que forma podemos pensar em dignidade humana nessas condições? A sensação é de que a impotência chega com os dois pés contra nosso peito. O quanto este atendimento me mobilizou e me fez sentir uma psicóloga que não estava sendo competente o suficiente. Me lembro que, em um dos dias de atendimento, o familiar da paciente, percebendo minha expressão de angústia, me disse: “é difícil né doutora!”. Após essa fala, consegui compartilhar com ele minha sensação de impotência e senti como se ele me acolhesse na minha fragilidade (Narrativa 7).

A sensação de impotência, o incômodo do não saber o que fazer, sentido pela profissional, evidencia a lógica do saber-poder, que atribui ao profissional de saúde todas as respostas e a tarefa de salvar o paciente. Essa narrativa indica os limites em torno dessa compreensão e nos faz questionar sobre a inversão desses papéis, sobre o quanto “deixar-se cuidar pelo objeto do cuidado passar a ser em si mesmo, essa forma eficaz de cuidar” (FIGUEIREDO, 2009:142 apud CASETTO et alii., 2019). Casetto et alii (2019) problematizam a concepção de cuidado baseado em uma relação dual, de uma pessoa para outra, do profissional de saúde (que oferece o cuidado) para o usuário de saúde (que recebe o cuidado). Os autores sugerem que não existe apenas um tipo de cuidado, mas cuidados diversos, como um cuidado materno ou paterno com os filhos, um cuidado construído entre profissional de saúde e paciente, um cuidado em rede, etc. Além disso, os autores destacam que o cuidado não se limita ao saber dos profissionais de saúde, baseado em técnicas e protocolos que, embora sejam importantes para o desenvolvimento de um bom trabalho, dependem da criação de uma relação entre os envolvidos. Compreende-se que será apenas a partir da relação desenvolvida

no encontro com o usuário que o cuidado em saúde acontecerá: “Em síntese, o fato do cuidado em saúde acontecer em uma relação, dota-o de potências e limites que se encontram nelas: tende a impor condições, mas pode ser recíproco, múltiplo; suscita sensações diversas, e algumas delas difíceis de manejar” (CASETTO et alii, 2019: 135).

Talvez o cuidado envolva sentir o quanto se aguenta, ou mesmo sentir, com a paciente, a densidade deste sofrimento. Sendo assim, o trabalho de cuidado em equipe envolve lidar com estas variações, em que cada profissional banca algo diferente, em cada situação ou momento de acompanhamento.

Tratando-se de uma relação de cuidado pautado em afetos que favorecem o vínculo entre profissional e usuário, a narrativa a seguir exemplifica uma situação de acompanhamento, realizado pela psicóloga residente em conjunto com um médico da equipe de um serviço, em que ambos mantiveram vínculos importantes ao longo do processo de internação com a família.

Chamei o médico para ir conversar com a família, que estava em sofrimento por não entender claramente porque a mãe não poderia receber alta e ter o seu descanso junto dos familiares, já que ela estava com medidas não invasivas de cuidado e em processo de morrer. A conversa foi feita em uma sala, com a porta fechada, de forma mais acolhedora do que as conversas anteriores de corredor. Ficaram todos sentados, próximos um do outro. O médico explicou desde o início a trajetória clínica da paciente e fez um desenho do corpo humano, desenhou cada órgão, explicando didaticamente o que estava ocorrendo no corpo da paciente. Ao final, o médico teve uma sensibilidade importante e orientou a filha a ir para a casa descansar e depois retornar. Após seu descanso em casa, a filha retornou ao serviço de saúde e, no dia seguinte, ela acompanhou o falecimento da mãe, de modo tranquilo, aceitando o processo de partida (Narrativa 8).

Percebemos o quanto o modo de conversar e abordar os assuntos com a família pode ser um modo de cuidado em saúde. Compreendemos que as práticas de cuidado em saúde suscitam potências e desafios, que são processos complexos, que envolvem escolhas e decisões ético-políticas constantes dos profissionais nos serviços de saúde. Esta tarefa profissional, marcada por grandes responsabilidades, de certo modo, pode pressionar os profissionais para “[...] controlar mais a vida, e, de certo modo, medicalizá-lá” (CASETTO et alii, 2019: 141). No entanto, nesta narrativa, evidencia-se que o cuidado em saúde se constituiu de modo potente, pois a familiar conseguiu ter confiança na explicação do médico e nos cuidados da equipe com sua mãe, que foi possível a partir do processo de vínculo construído ao longo dos dias com as equipes. O esgotamento mental que a familiar estava sofrendo foi notada pelo médico que, com sensibilidade e de forma interdisciplinar com a psicóloga, conseguiu oferecer um espaço de acolhimento para as aflições da situação. Essa vivência mostra uma possibilidade de cuidado construída entre os profissionais de saúde que, ao trabalharem juntos, sustentam uma relação potente no vínculo com o paciente.

É como nos apresenta Aragon (2003), quando decide realizar o que ele chama de “exercício de sutileza” na relação com suas pacientes gestantes, em que se coloca disponível para ouvir as demandas da família e também se utiliza de desenhos para materializar as explicações mais específicas sobre o caso: “Não se trata, de forma alguma, de ser “bonzinho” ou de tentar sentir a mesma coisa que a gestante. Também não estou falando de uma cordialidade automática, um simples obedecer às regras socialmente impostas. A atitude delicada e sutil preserva a diferença entre as pessoas, a autenticidade de cada uma no encontro com a situação [...]” (ARAGON, 2003: 19).

Tratando-se de encontros possíveis e não possíveis, um dos desafios sentidos nas práticas da Residência foi o de se comunicar com alguém de quem a profissional de saúde não sentia o corpo, alguém que estava distante, uma voz sem um corpo. Diante da situação da pandemia, isso se apresenta como um analisador histórico, na medida em que é um acontecimento que coloca em análise a adaptação dos atendimentos psicológicos frente à nova realidade do distanciamento social, em que muitas mudanças se fazem necessárias, quando atendimentos passam a ser realizados por telefone, o que evidencia o quanto o encontro presencial com o outro oferece um leque de sentidos decisivos no modo de fazer cuidado. É exigido um grande esforço para ouvir as vozes daqueles que estão distantes, ativando-se somente o sentido da audição, imaginando-se como seriam aqueles corpos, rostos e expressões. Confesso que fiquei me sentindo frustrada quando passei pela troca de serviço de saúde, em que eu atendia as pessoas presencialmente, “olhos nos olhos”, podendo ver suas expressões, perceber a respiração, o sorriso, os movimentos, os não ditos ou ditos de variadas formas (até o silêncio daquela paciente que me angustiava, que por ter sequelas e não poder falar, parecia fazer mais sentido), para atender pessoas somente por telefone. Foi desafiador. Sentia meu corpo cansado após uma ligação ao telefone, pois parecia necessitar de um esforço grande para manter minha atenção na ligação, sem contar os fatores ambientais e tecnológicos que, por vezes, deixavam as ligações atravessadas por ruídos (Narrativa 9).

Ainda que de modos diferentes, a modalidade de atendimento psicológico por telefone se mostrou como uma atuação potente e necessária diante do contexto da COVID-19 nos serviços de saúde, assim como apontam Schmidt et alii. (2020) em relação ao uso de tecnologias como estratégias de cuidado nesse momento. Os pacientes acometidos pela doença e internados na UTI ficavam impossibilitados de manter contato presencial ou via telefone com os familiares. Os únicos contatos e o meio de informação aos familiares eram realizados via telefone, quando o médico ligava para a família informando o estado clínico do paciente e com o atendimento da psicóloga. Nesse sentido, foi possível perceber que os encontros são inventados de acordo com as circunstâncias e que, mesmo por telefone, se consegue estabelecer algum tipo de vínculo e acolhimento aos pacientes e familiares. Talvez, nós, como profissionais

de saúde, vivendo as limitações impostas pela pandemia, possamos aprender com os familiares que, de forma repentina, precisam lidar com a distância de seus entes e, por vezes, com as partidas definitivas.

### **Medicalização e Biomedicalização**

Sou solicitada pelo médico, com a queixa de que o paciente está choroso, se emociona durante os atendimentos. No atendimento psicológico com o paciente, observo que ele se mostra entristecido, emotivo e por vários momentos chora. Quando vou registrar o atendimento, me questiono sobre o termo “choroso”, pois me dá uma sensação de palavra pejorativa, como quando a mãe fala para o filho “deixa de ser tão choroso menino!”. Sensação que também me ocorreu depois de atender uma criança de 10 anos, em que me deparei pensando em relação à linguagem psiquiátrica que está em nós. No atendimento, percebi que o menino era bastante comunicativo e, por vezes, falava tão rápido que lhe faltava o ar, ele mesmo parava e dizia “espera, deixa eu respirar, falo rápido demais”. E agora, como eu posso descrevê-lo em termos de avaliação do estado mental? Descrevo-o tendo uma comunicação acelerada demais? Existe uma comunicação que seja limiar, no qual até certo ponto é aceitável e em outro não? Ele simplesmente não seria um menino comunicativo, que gosta de conversar? (Narrativa 10).

A Classificação Internacional de Cuidados Primários (Comité Internacional Wonca) conta com vários códigos relacionados a procedimentos e diagnósticos médicos. Atualmente, nos serviços de saúde da atenção básica, precisamos incluir um código para cada evolução de atendimento do paciente, por exemplo: P01, sensação de ansiedade/nervosismo/tensão; P02, Reação aguda ao stress; P03, Sensação de depressão, entre outros. São categorias que são estratégias relacionadas às verbas destinadas ao serviço de saúde. Assim, temos percebido que o modo de avaliar os problemas que afetam os seres humanos está definido por Classificações, CID<sup>3</sup>’s, DSM<sup>4</sup>’s, diagnósticos e avaliações. De onde isso veio? Por onde começou? Quando começamos a classificar as sensações, o choro como referência negativa, ou como doença que precisa ser revertida, modificada, curada? Parece que não somos mais autorizados a chorar ou sofrer. Não podemos falar acelerado demais ou lento demais. Isso nos indica a sensação de que a todo momento estamos tentando identificar o que é certo e errado nas pessoas e, consequentemente, classificando o que é normal e o que é patológico.

Bezerra Júnior (2010) nos revela que o número de categorias diagnósticas mais do que dobrou nos últimos anos nos DSM’s. Muitos comportamentos que, há alguns anos atrás, eram considerados dentro da normalidade existencial, agora são assinalados como comportamentos patológicos, passíveis de um diagnóstico psiquiátrico. Inicialmente, a atuação do psiquiatra era restrita ao tratamento de pacientes internados em instituições psiquiátricas, mas, com a expansão dos medicamentos psicotrópicos, esse cenário mudou e os manuais psiquiátricos passaram a ser utilizados por outros profissionais da saúde, havendo, então, uma mudança na

atuação da psiquiatria, que de uma prática voltada ao tratamento passa a atuar na regulação do bem-estar dos indivíduos.

O imaginário social marcado por explicações fisicalistas sobre o funcionamento mental e o sofrimento psíquico fortalece as explicações biológicas dos acontecimentos da vida, se sobrepondo às dimensões psicológicas e subjetivas. Essas ideias se materializam em nosso vocabulário quando falamos dos nossos afetos, tais como tristeza, medo, solidão e angústia, denominando-os como depressão ou síndromes x ou y, de modo que passamos a vivenciar a somatização da experiência subjetiva. Desta forma, Bezerra Júnior (2002) indica que vivenciamos um processo de medicalização de praticamente todos os aspectos da vida, considerando qualquer mal-estar ou expressão de comportamentos considerados “fora do padrão” como um desvio que necessita ser corrigido. Este vocabulário delinea um certo modo de se fazer psicologia na residência e também afeta subjetivamente as experiências dessa profissional.

Em uma conversa sobre um paciente, um médico me diz: “então, pode ser que essa manifestação emotiva constante do paciente seja de ordem orgânica, mas se conseguir tirar essa parte da ansiedade psicológica, pode ajudar ele a ficar só com a parte orgânica, para a gente tratar e ele dar continuidade com a fisioterapeuta e a fonoaudióloga” (Narrativa 11).

O pedido do médico feito à profissional pode ser entendido como: “psicóloga, tire a ansiedade do paciente”. Retira isso que é “mais fácil” de ordem psicológica e o restante a medicina e outras áreas podem solucionar. Muitas vezes, a psicologia é chamada para um recorte de um pedaço do paciente, uma lógica que opera por especialidades. É um paciente que é avaliado e cuidado por diferentes tipos de médicos e profissionais de saúde, cada um olhando para “a parte” que lhe cabe. Nos questionamos, então: é possível separar as partes do corpo do paciente? Conseguimos dividir as emoções do corpo? Enquanto psicólogos, cuidamos da cabeça ou “mente” do paciente e o médico cuida do corpo?

Quando participei de uma reunião composta por uma equipe multiprofissional de um serviço, ouvia os sons e as palavras utilizadas pelos profissionais, que pareciam de outra língua, especialmente médicos e enfermeiros. Eram palavras como: “pga, leucóticos, fenta, metra, dubota”, etc. Eles conversavam de modo rápido e abreviado, parecendo que todos conseguiam acompanhar com facilidade. Algumas informações ditas pareciam não fazer tanto sentido, pensando em minha prática como psicóloga, mas, de forma geral, foi possível compreender as informações sobre os pacientes discutidos. Foi interessante observar a contribuição de cada área, conversando, trocando ideias, tendo como foco em comum o paciente e sua recuperação. Perceber que a psicologia, ainda que com uma linguagem diferente, estava também envolvida no processo de cuidado do paciente e também tinha espaço para colocar os aspectos subjetivos e familiares envolvidos (Narrativa 12).

A narrativa nos mostra que, mesmo a atuação dos profissionais de saúde ainda acontecendo em “suas caixinhas” e em suas especialidades, existe um movimento de

aproximação dessas áreas para pensar o cuidado de forma integrada ao paciente. E estando a psicologia inserida neste contexto de saúde, ela opera junto com lógica da biomedicalização ao utilizar protocolos de classificação e nomenclaturas e também legitima seu lugar como um saber fundamental para algumas situações.

Coracini (2018: 44), ao se referir à prática da psicologia em um serviço de saúde mental, afirma que “a medicalização diz de uma mutação, de um processo constante de reorganização da vida em um problema médico, em problema (formato) biomédico ou de saúde”. A biomedicalização pode ser compreendida, segundo a autora, como um sintoma em nossa sociedade que reflete a busca de melhoramentos contínuos para estar mais do que bem, não só tratando problemas de saúde, mas aperfeiçoando habilidades. Trata-se de uma busca por intervenções medicalizantes para as dores e angústias presentes nos modos de viver cotidianos, seja na escola, no trabalho, na família, bem como em nossas práticas de saúde: “[...] isto é, há uma biomedicalização da vida na contemporaneidade, que é sintoma de modos de viver e de políticas de subjetivação, seja na clínica e nos equipamentos de saúde, seja nos modos que a vida vai produzindo e respondendo às exigências que por ela passam” (CORACINI, 2018: 40).

Acompanhei brevemente a história de uma criança que estava apresentando sofrimento em relação ao contexto familiar marcado por situações de violência, em que foi levada ao serviço de saúde mental e medicada, devido a momentos de crises intensas. A familiar que estava com a criança, já esgotada com o histórico dos episódios, dizia que a criança “só poderia ter um problema mental”, e que havia algo errado com ela e que os médicos tinham que explicar o que ela tinha. Após a consulta, a criança foi avaliada com o CID F91.0 Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar. A partir daí, todos os argumentos em relação aos comportamentos da criança foram justificados pelo seu CID. As situações do seu contexto social e relacional pareciam não ter importância na manifestação do seu sofrimento, bastou uma explicação de que ela era uma criança problemática, apresentando um transtorno, “transtornando” toda a família (Narrativa 13).

Essa narrativa evidencia o quanto a lógica da biomedicalização não parte estritamente do saber do médico psiquiatra, mas atravessa todas as nossas relações interpessoais, conforme a incorporação de vocabulários médicos e definições psicopatológicas, com que atualmente conseguimos entrar em contato por meio da expansão do acesso à informação, por exemplo, a internet. Essa incorporação do discurso medicalizante aparece como um analisador que revela o modo de olhar para as experiências de vida, como fica evidenciado na fala do familiar, que diz que a criança “só poderia ter um problema mental”, assim como no pedido de definição da dor pelas classificações diagnósticas para todos os modos de sentir, que é anunciado diariamente por diversas pessoas nos serviços de saúde: “Há, portanto, um benefício real em padecer de uma doença, no lugar de ser considerado um desviante ou transgressor de normas sociais. Os garotos indisciplinados das classes escolares passam a ser considerados crianças

que necessitam de cuidado médico e a tolerância de professores, diretores, colegas e, até dos pais, se modifica diante dessa nova descrição. Do mesmo modo, ocorre com o alcoolismo que, não sendo mais compreendido como fraqueza moral, mas como doença, permite que as pessoas que dele padeçam sejam tratadas medicamente e menos estigmatizadas” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014: 1860).

Isso evidencia o processo complexo que é o cuidado em saúde, enquanto inserido nessa lógica da medicalização e biomedicalização: ao mesmo tempo que questionamos as classificações e os rótulos, nos servimos deles para realizar certos cuidados nos serviços de saúde, pois não se medica alguém por estar “triste” ou “feliz”, se medica o paciente “depressivo” ou “bipolar”.

Neste processo de medicalização e biomedicalização, os diversos modos de sofrimento têm diagnóstico e tratamento previamente definidos, ou seja, se há ansiedade, precisamos diminuí-la com o medicamento X, caso seja depressão, precisamos tratar com o medicamento Y. Pouco se questiona a respeito das condições de vida em que essas pessoas estão adoecendo. Quais são os modos de cuidado em saúde que estão sendo oferecidos para as crianças, pensando na narrativa anterior? De que modo estamos compreendendo os impactos das vivências de violências nos corpos das crianças? Como olhamos para as manifestações desse sofrimento? Esses questionamentos se conectam com as seguintes perguntas de Coracini (2018: 41):

*Qual o caminho percorrido para esses viventes chegarem a um serviço de saúde mental infantojuvenil? Por que essas questões são rapidamente entendidas como um caso de saúde mental? O que em nós “perdeu a liga” e está tão frágil – esfaceladas a confiança e os fundamentos – para que precisamos nos agarrar a uma resposta médica, medicamentosa ou diagnóstica no âmbito da saúde? Qual a medida que passamos a utilizar para balizar as dores da existência? O que se passou para que uma experiência seja tão frequentemente tomada como um sintoma de saúde no sentido médico?*

É importante insistirmos nesta pergunta sobre qual medida estamos utilizando para definir o que é um problema de saúde ou um processo de sofrimento próprio da condição existencial. Como a psicologia pode atuar nos casos que chegam até os serviços de saúde, quando não se evidencia, ao certo, o que o usuário de saúde solicita, ou quando pensamos em um certo modo de cuidado diferente do modo do usuário? Aragon (2003: 12), quando descreve um cenário de atendimento no contexto hospitalar, refere o seguinte:

*E os pacientes gritam, não só com palavras, mas com todo o seu ser pela certeza de um diagnóstico, um tratamento e a cura daquilo que os consome em sofrimento. Parece óbvio, mas as pessoas só vão ao hospital porque estão sofrendo e, com esta atitude, deixam implícito que será ali que o alívio se apresentará. Mesmo que este anseio visceral não esteja a todo momento na mente da equipe de atendimento, a tensão se revela em cada olhar, cada gesto, cada solicitação, por menor que seja. É nesta micro-comunidade de alta complexidade relacional que se dá o encontro.*

O autor sugere que o encontro do profissional de saúde e o paciente/usuário ocorre em um contexto de complexidade relacional, em que as buscas por resoluções são solicitadas por ambas as partes, mas que podem ocorrer de modos diferentes, atravessados por diversos fatores e pode não haver garantias de que o alívio do paciente de fato ocorra em um serviço de saúde. É diante dessas inquietações que ficam evidentes os limites e as potências que fazem parte do cuidado em saúde, em que a psicóloga residente vai buscando compreender qual seria a medida para balizar esse cuidado – se é que temos essa resposta – e como o saber da psicologia pode contribuir para este trabalho em conjunto com outras áreas da saúde.

### **Considerações finais**

Ao longo da trajetória desta pesquisa, acolhendo as intensidades vividas no corpo pelo cotidiano de trabalho nesta residência multiprofissional, a escrita do Diário de Pesquisa tornou-se um exercício importante para a expressão livre de afetos e acontecimentos diários do trabalho da pesquisadora. A necessidade de escrever sobre o cotidiano se mostrou mais intensa quando as situações de maior complexidade e dificuldades eram vivenciadas. O ato de registrar no Diário e, posteriormente, na produção de narrativas, foi um modo de rever as situações vividas, questionar as próprias condutas, se contradizer, problematizar e também expressar, de alguma maneira, afetos que quase não eram explicitados.

Vivenciando este exercício de colocar em análise a própria prática como psicóloga residente, buscando ouvir e perceber gestos, comportamentos, modos de pensar, através do levantamento de analisadores presentes na prática realizada, foi possível perceber que as potências e limites nos modos de cuidado em saúde envolvem diversas inquietações sobre a função da uma atuação em serviços de saúde. Neste processo, a descoberta dos limites de uma prática profissional aparecia em situações em que não era possível “resolver” ou “retirar” as dores dos pacientes. E esses limites permitiram conhecer os contornos do lugar de cuidado, definindo o quanto se consegue ou não sustentar algumas demandas e necessidades, apostando mais em acolher e cuidar, ao invés de “preparar” uma família para a morte. Além disso, possibilitaram a profissional ser tocada pela sensação de fracasso e de impotência quando o paciente não conseguia sobreviver, bem como perceber os diversos discursos e forças presentes nas relações quando a morte se aproximava. Ao longo do seu percurso profissional, foi descobrindo qual seria sua função nas equipes, apostando em estar presente e compartilhar o sentir com os pacientes, familiares e equipes como um modo de cuidar.

O cuidado em saúde foi se configurando para além da dimensão de cura ou resolução dos problemas. Com a análise da própria implicação, foi possível perceber que o cuidado

acontece no encontro, através de uma construção relacional complexa. Esse cuidado foi aparecendo de diversos modos, com pessoas com as quais era possível fazer contato apenas sentindo o corpo, quando a comunicação pela linguagem não existia, e com pessoas com as quais a comunicação se estabelecia pela ausência de corpos, como no caso dos atendimentos por telefone, compondo um modo de atuação que busca se reinventar.

A atuação como psicóloga foi se elaborando, na medida em que percebia que estar junto e sentir junto com o paciente, com a família e com a equipe significa fazer cuidado em saúde. Além disso, percebeu que os modos de compreender o sofrimento e o cuidado podem variar conforme os discursos que perpassam as relações. Isso tudo, atrelado ao campo de forças que atravessa a produção do cuidado nos contextos de saúde, possibilitou questionar o suposto saber de alguns discursos, no qual se insere também a psicologia, percebendo como alguns modos de cuidado em saúde podem ser atravessados pela lógica da medicalização e biomedicalização, quando operamos classificando afetos e somatizando experiências da subjetividade. Foi possível, ainda, perceber que esses vocabulários delineiam um certo modo de fazer psicologia na residência e também afetam subjetivamente as experiências dessa profissional. Essas inquietações talvez ofereçam pistas para pensar em maneiras de enfrentar o que, nas práticas, pode ser limitador, mas também o que dos limites contemplam uma potência para o cuidado em psicologia em uma residência multiprofissional.

## **Referências**

- ARAGON, Luis Eduardo Ponciano. A espessura do encontro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, n.12, p.11-22, 2003.
- BAREMBLITT, Gregório. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*, 5ed., Belo Horizonte, Minas Gerais: Instituto Félix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari; 2), 2002.
- BEZERRA JÚNIOR, Benilton. O ocaso da interioridade e suas repercussões sobre a clínica. In: PLASTINO, Carlos Alberto (org.). *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002. p. 229-239.10
- BEZERRA JÚNIOR, Benilton. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. Em: FREIRE FILHO, João (Org.). *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade* (pp. 117-134). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional, 2018. <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>, acessado em 21 de junho de 2020.
- BRASIL. Portaria interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a

- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, <https://residenciamultiprofissional.ufes.br/legisla%C3%A7%C3%A3o>, acessado em 02 de fevereiro de 2021.
- CASETTO, Sidnei Jose; HENZ, Alexandre de Oliveira; RODRIGUES, André; AZEVEDO, Adriana Barin de; MARTINEZ, Fernando Pena Miguel; MORENO, Harete Vianna; SILVA, Maria José da; CAPOZZOLO, Angela Aparecida. O cuidado não existe modos diversos de cuidado na atenção básica em saúde. Em: MENDES, Rosilda; AZEVEDO, Adriana Barin de FRUTUOSO, Maria Fernanda Petroli (Orgs). *Pesquisar com os pés: deslocamentos no cuidado e na saúde*. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, São Paulo: Hucitec, 2019.
- CORACINI, Mara Isa Vasconcelos. Ruptura de Fronteiras e as Saídas da Saúde: experiências em um CAPS Infantojuvenil. Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista, 2018.
- GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2004.
- GUZZO, Mariana. Notas sobre corpo, narrativa e território: as várias peles da presença. Em: PEZZATO, Luciane Maria; GOULART, Patrícia Martins (Orgs). *Narrativas de si: práticas em educação e saúde*. 1. ed.- Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. 262 p.: il. – (Série Vivências em Educação na Saúde).
- KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para morte. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Universidade São Paulo - SP, 2005, 25 (3), 484-497.
- LOURAU, Rene. Dos indicadores sociais aos analisadores sociais. Capítulo VII (Des indicateurs sociaux aux analyseurs sociaux) do livro *L'État-inconscient*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1978, p. 125 a 138. Tradução: Solange L'Abbate. Revisão: Yvone Greis. Departamento de Psicologia Social e Institucional/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *Mnemosine* Vol.16, nº1, p. 232-246, 2020.
- NARDEZ, Danielle Abujamra Siufy; MENDES, Rosilda. Narrativa como ferramenta de interlocução com uma usuária: a do cuidado em redes. Em: PEZZATO, Luciane Maria; GOULART, Patrícia Martins. (Orgs) *Narrativas de si: práticas em educação e saúde*. 1. ed.- Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020. 262 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde).
- PEZZATO, Luciane Maria; L'ABBATE, Solange. Uma Pesquisa-Ação-Intervenção em Saúde Bucal Coletiva: contribuindo para a produção de novas análises. *Saúde e sociedade* [online]. 2012, vol.21, n.2, pp.386-398. ISSN 0104-1290.
- SARAMAGO, José. *As intermitências da morte*. Romance. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- SCHMIDT, Beatriz; CREPALDI, Maria Aparecida; BOLZE, Simone Dill Azeredo; NEIVA-SILV, Lucas; DEMENECH, Lauro Miranda. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia* (Campinas), 37, 2020.
- SPINOZA, Benedictus de. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.
- ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA Francisco. BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868, 2014.

Fernanda Maysa Borniotto  
Psicóloga especialista em Saúde na Atenção à Urgência e Emergência  
Universidade Estadual de Maringá (UEM).  
E-mail: [fborniottopsi@gmail.com](mailto:fborniottopsi@gmail.com)

Adriana Barin de Azevedo  
Doutora, Programa de Pós-graduação em Psicologia  
Universidade Estadual de Maringá (UEM).  
E-mail: [abazevedo@uem.br](mailto:abazevedo@uem.br)

---

<sup>1</sup> Utilizaremos os termos “usuário de saúde” e “paciente” ao longo deste trabalho, como sinônimos, considerando que ambos podem ser utilizados de diferentes formas, de acordo com a linguagem comumente utilizada em cada serviço de saúde.

<sup>2</sup> Utilizamos neste trabalho o conceito de afeto proposto por Espinosa na obra *Ética*, definição 3, Parte III: “Por afeto compreendo as afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (SPINOZA, 2007:163). E a definição de afetos alegres e tristes, sendo a alegria “a passagem do homem de uma perfeição menor para uma maior” e a tristeza “a passagem do homem de uma perfeição maior para uma menor” (SPINOZA, 2007: 239).

<sup>3</sup> Classificação Internacional de Doenças

<sup>4</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.