

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PRAC

COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

THÁLITA CAVALCANTI MENEZES DA SILVA

“CHAMA A PSICOLOGIA!”

**PROBLEMATIZAÇÕES FOUCAULTIANAS SOBRE AS PRÁTICAS DE
GOVERNO E CUIDADO-DE-SI, NO HOSPITAL, E SEUS EFEITOS**

RECIFE – 2019

THÁLITA CAVALCANTI MENEZES DA SILVA

“CHAMA A PSICOLOGIA!”

**PROBLEMATIZAÇÕES FOUCAULTIANAS SOBRE AS PRÁTICAS DE
GOVERNO E CUIDADO-DE-SI, NO HOSPITAL, E SEUS EFEITOS**

Tese apresentada aos membros participantes da banca examinadora do Programa de Doutorado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para sua aprovação e defesa pública.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas em Instituições.

Orientadora: Profa. Doutora Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

RECIFE – 2019

Nome: Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Título: “CHAMA A PSICOLOGIA! ”: Problematizações foucaultianas sobre as práticas de governo e cuidado-de-si, no hospital, e seus efeitos.

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Doutora Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas (UNICAP – Orientadora)

Profa. Doutora Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (UNICAP)

Profa. Doutora Ana Lúcia Francisco (UNICAP)

Prof. Doutor João Leite Ferreira Neto (UFMG)

Prof. Luis Felipe Rios do Nascimento (UFPE)

DEDICATÓRIA

Dedico a presente Tese de Doutorado em Psicologia Clínica à minha filha, Alice, e ao meu filho, Francisco. Com os quais anseio poder caminhar lado a lado, ao longo da vida, ensinando-lhes, a partir de minhas próprias posturas e posicionamentos, a construir modos singulares de existência.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu Deus. A ele toda honra e louvor; minha rocha e fortaleza. Obrigada Senhor por me sustentar e por me manter firme em seus propósitos. Por estar comigo em todas as rotas, entornos e desvios levando-me, sempre, a renovação da minha mente. Obrigada por compartilhar comigo essa jornada e por ter me sustentado – em todos os sentidos possíveis – de modo que, mesmo cansada, permaneci caminhando.

Gostaria de demonstrar publicamente minha gratidão mais sincera a todos os profissionais, psicólogas e psicólogos, que prontamente me receberam de modo tão acolhedor em seus cotidianos, oferecendo-me um espaço em suas agendas de trabalho, a fim de conversarmos sobre suas práticas em saúde. Sou grata, de igual modo, às instituições hospitalares que oportunizaram esse estudo consentindo com o desenvolvimento da pesquisa em seus espaços.

Agradeço à minha querida orientadora e amiga, Professora Doutora Cristina Amazonas, por nossa parceria acadêmica. Agradeço-lhe por ser um exemplo de pesquisadora e de intelectual, ao oportunizar reflexões éticas e políticas sobre o fazer científico. Sua postura e seus posicionamentos ao longo das aulas, e de nossos encontros de orientação, oportunizaram o tão necessário exercício de reflexão de si para a constituição de uma política da narratividade da presente tese. Sou-lhe grata, também, por todo o carinho, cuidado e suporte oferecidos ao longo desses quatro longos e árduos anos.

Agradeço à minha querida professora, Doutora Ana Lúcia Francisco, quem muito me inspira desde a graduação em Psicologia nesta mesma Instituição de Ensino Superior. O

modo pelo qual você conduz os estudantes durante as suas aulas oportuniza exercícios ético-estéticos de construção de si mesmo. As trocas e reflexões a partir dos debates dos textos e apresentações na disciplina de pesquisa cartográfica foram, igualmente, fundamentais para a formação da minha estética narrativa.

Meu amor e gratidão à minha família por todo apoio e força. Por terem sido, em muitos momentos, minha sustentação e esteio. À minha mãe, Sônia, e minhas irmãs, Pollyanna e Cláudia, por caminharem comigo nesta vida e abraçarem meus projetos incentivando-me e encorajando-me a ser e dar, sempre, o meu melhor. Agradeço, também, ao meu cunhado, Felipe Simão, por ser para mim como um irmão mais velho.

Agradeço à minha filha, Alice, e ao meu filho, Francisco, por serem tão generosos, amáveis e compreensíveis em momentos difíceis e por suportarem, mesmo tão pequeninos, minha necessária ausência.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida.

As pessoas sabem aquilo que elas fazem: frequentemente sabem porque fazem o que fazem; mas o que ignoram é o *efeito* produzido por aquilo que fazem.

(Foucault in Rabinow & Dreyfus, 1995, p.206)

RESUMO

Da Silva, T. C. M. (2019) “CHAMA A PSICOLOGIA! ”: Problematizações foucaultianas sobre as práticas de governo e cuidado-de-si, no hospital, e seus efeitos. Tese de doutorado, Programa de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Católica de Pernambuco

Cenário: O Hospital, enquanto local de prática médica e de cura para doentes é uma construção que data do final do século XVIII na Europa. No Brasil, a prática profissional em saúde encontra-se em sua origem apresentada como uma construção da medicina sanitaria e da medicina hospitalar. A inserção dos profissionais de psicologia na saúde, em especial nas instituições hospitalares, ocorre por volta da década de 1950 do século XX. Inicialmente fundamentada em modelos clínicos clássicos, a inserção apresentava a necessidade de construção de instrumentos e modelos teóricos adequados às demandas específicas aos atendimentos hospitalares. As relações construídas e forjadas no encontro entre profissionais e pacientes remete a questão do poder, sua distribuição e a arte do governo da vida nestes espaços podendo ser encontradas práticas de governamentalidade e práticas de cuidado-de-si. **Objetivo:** Problematizar a atuação de psicólogos/as em saúde analisando as práticas de governamentalidade e de cuidado-de-si. **Método:** Pesquisa de natureza qualitativa, de corte transversal, com diretrizes cartográficas. Entrevistas narrativas foram conduzidas, com cinco profissionais que atuam em instituições hospitalares públicas e filantrópicas da Cidade do Recife. Concomitante, durante as visitas aos hospitais, foi produzido um diário de campo cujas narrativas coengendraram junto a produção das entrevistas, o texto-experiência da presente tese. As produções narrativas da tese foram analisadas a partir do aporte teórico de Michel Foucault. **Resultados e Discussão:** As participantes entrevistadas se nomeiam como psicólogas hospitalares, e utilizam-se dos discursos da psicologia hospitalar, psico-oncologia, cuidados paliativos, psicologia médica e psicologia da saúde para fazer a experiência de si neste espaço. Apesar de partirem das noções de saúde advinda do modelo biopsicossocial, muitas das práticas e intervenções narradas ainda demonstram posturas e posicionamentos com sustentação em princípios do paradigma patogênico e no modelo biomédico. A psicologia é convocada no hospital pela equipe médica e multiprofissional quando há presença de um paciente “descontrolado” ou “em surto”. Das cinco participantes entrevistadas, duas dizem perceber esse convite como uma valorização da psicologia enquanto que três referem-se a necessidade e busca por desconstrução dessa ideia de chamar a psicologia para apagar incêndio. A atuação da psicologia no hospital é vista como uma prática que requer construção contínua, quase como um trabalho de formiguinha. **Considerações finais:** As práticas *psi* em saúde dentro do território hospitalar variam entre práticas de governo e práticas de cuidado-de-si. As relações entre as participantes entrevistadas, seus pares, pacientes, equipe multiprofissional e equipe médica forjam-se a partir das práticas discursivas e não discursivas encontradas na territorialidade hospitalar e variam ainda, majoritariamente, entre relações e comunicações horizontalizadas e/ou verticalizadas. Práticas pautadas em relações e comunicações transversais são observadas em cenários de atuação onde as posturas e posicionamentos dos profissionais de saúde inclinam-se mais para um modo estético de conduzir-se pautado no cuidado-de-si.

Palavras-chave: saúde; psicologia; hospital; governamentalidade; cuidado de si; Foucault; efeitos.

ABSTRACT

Da Silva, T. C. M. (2019) *Call the Psychology: Foucauldian problematizations about the practices of government and care-of-itself in the hospital, and their effects.* . PhD thesis, Research and Post-graduate Program of the Catholic University of Pernambuco

Scenario: The Hospital, as a place of medical practice and healing for patients, is a building dating from the end of the 18th century in Europe. In Brazil, the professional practice in health is in its origin presented as a construction of sanitary medicine and hospital medicine. The insertion of health professionals in psychology, especially in hospital institutions, occurs around the 1950s. Initially based on classical clinical models, the insertion presented the need for the construction of instruments and theoretical models adequate to the specific demands of hospital care. The relations constructed and forged in the meeting between professionals and patients refers to the question of power, its distribution and the art of government of life in these spaces, being possible to find practices of governmentality and practices of care of itself. **Objective:** To problematize the performance of psychologists in health by analyzing the practices of governmentality and self-care. **Method:** Qualitative cross-sectional research with cartographic guidelines. Narrative interviews were conducted with five professionals who work in public and philanthropic hospitals in the City of Recife. At the same time, during the hospital visits, a field diary was produced whose narratives co-identified with the production of the interviews, the text-experience of the present thesis. The narrative productions of the thesis were analyzed from the theoretical contribution of Michel Foucault. **Results and Discussion:** The interviewed participants are named as hospital psychologists, and use the discourses of hospital psychology, psycho-oncology, palliative care, medical psychology and health psychology to make the experience of themselves in this space. Despite starting from the notions of health derived from the biopsychosocial model, many of the practices and interventions narrated still demonstrate postures and positions with support in principles of the pathogenic paradigm and in the biomedical model. Psychology is called in the hospital by the medical and multiprofessional team when there is an uncontrolled or out-patient patient. Of the five participants interviewed, two said they perceived this invitation as an appreciation of psychology while three referred to the need and search for deconstruction of this idea of calling psychology to put out a fire. The performance of psychology in the hospital is seen as a practice that requires continuous construction, almost like an ant job. **Final considerations:** The psi practices in health within the hospital territory vary between governance practices and care practices. The relationships between the interviewed participants, their peers, patients, the multidisciplinary team and the medical team are based on the discursive and non-discursive practices found in the hospital territory vary, mostly, between horizontal and / or vertical relations and communications. Practices based on relationships and cross-sectional communications observed in different performance scenarios where the positions and positions of health professionals lean more towards an aesthetic way of conducting oneself based on self-care.

Key words: health; psychology; hospital; governmentality; self-care; Foucault; effects

RESUMEN

Da Silva, T. C. M. (2019) "¡LLAMA LA PSICOLOGÍA! ": Problematizaciones foucaultianas sobre las prácticas de gobierno y cuidado de sí, en el hospital, y sus efectos. Tesis de doctorado, Programa de Investigación y Posgrado de la Universidad Católica de Pernambuco.

Escenario: El Hospital, como lugar de práctica médica y de cura para enfermos es una construcción que data de finales del siglo XVIII en Europa. En Brasil, la práctica profesional en salud se encuentra en su origen presentada como una construcción de la medicina sanitarista y de la medicina hospitalaria. La inserción de los profesionales de psicología en la salud, en especial en las instituciones hospitalarias, ocurre alrededor de la década del 1950 del siglo XX. Inicialmente fundamentada en modelos clínicos clásicos, la inserción presentaba la necesidad de construcción de instrumentos y modelos teóricos adecuados a las demandas específicas a las atenciones hospitalarias. Las relaciones construidas y forjadas en el encuentro entre profesionales y pacientes remite la cuestión del poder, su distribución y el arte del gobierno de la vida en estos espacios pudiendo ser encontradas prácticas de gubernamentalidad y prácticas de cuidado de sí. **Objetivo:** Problematizar la actuación de psicólogos / as en salud analizando las prácticas de gubernamentalidad y de cuidado de sí. **Método:** Investigación de naturaleza cualitativa, de corte transversal, con directrices cartográficas. Entrevistas narrativas fueron conducidas, con cinco profesionales que actúan en instituciones hospitalarias públicas y filantrópicas de la Ciudad de Recife. Al mismo tiempo, durante las visitas al hospital, se produjo un diario de campo cuyas narraciones se identificaron conjuntamente con la producción de las entrevistas, la experiencia textual de la presente tesis. Las producciones narrativas de la tesis fueron analizadas a partir del aporte teórico de Michel Foucault. **Resultados y Discusión:** Las participantes entrevistadas se nombra como psicólogas hospitalarias, y se utilizan de los discursos de la psicología hospitalaria, psico-oncología, cuidados paliativos, psicología médica y psicología de la salud para hacer la experiencia de sí en este espacio. A pesar de partir de las nociones de salud provenientes del modelo biopsicosocial, muchas de las prácticas e intervenciones narradas todavía demuestran posturas y posicionamientos con sustentación en principios del paradigma patógeno y en el modelo biomédico. La psicología es convocada en el hospital por el equipo médico y multiprofesional cuando hay presencia de un paciente descontrolado o en brote. De las cinco participantes entrevistadas, dos dicen percibir esa invitación como una valorización de la psicología mientras que tres se refieren a la necesidad y busca por desconstruir esa idea de llamar a la psicología para apagar el fuego. La actuación de la psicología en el hospital es vista como una práctica que requiere construcción continua, casi como un trabajo de hormiguita. **Consideraciones finales:** Las prácticas psi en salud dentro del territorio hospitalario varían entre prácticas de gobierno y prácticas de cuidado de sí. Las relaciones entre los participantes entrevistados, sus pares, pacientes, el equipo multidisciplinario y el equipo médico se basan en las prácticas discursivas y no discursivas que se encuentran en el territorio del hospital también varían, principalmente, entre las relaciones y comunicaciones horizontales y / o verticales. Las prácticas basadas en las relaciones y las comunicaciones transversales se observan en escenarios de desempeño en los que las posiciones y las posiciones de los profesionales de la salud se inclinan más hacia una forma estética de conducirse en base al autocuidado.

Palabras clave: salud; psicología; hospital; gubernamentalidad; cuidado de sí; Foucault; efectos.

SUMÁRIO

Apresentação	15
I. Introdução: Psicologia na/ da Saúde: que objeto é esse?	16
1.1.A construção sócio-histórica do hospital como local de prática profissional em saúde: Das práticas médicas às práticas “Psi”	20
1.2.Reforma Sanitarista e Reforma Curricular: A produção de sentidos que legitimam práticas e a legitimação de práticas que produzem sentidos.....	26
1.3.O governo e o cuidado-de-si em Psicologia da Saúde e a ação política dos psicólogos/as.....	29
1.4. Capítulos da Tese.....	33
II. Marco Teórico: Revisão Sistemática da Literatura	37
2.1. Procedimentos metodológicos.....	37
2.2. Resultados: Exploração das fontes e refinamento da pesquisa.....	
2.3. Análise crítica dos materiais: Psicologia, Foucault, Formação, Governamentalidade e Cuidado de Si.....	39
2.4. Considerações e direcionamentos.....	42
III. Percurso Metodológico: Caminhos, rotas, entornos e desvios seguidos	57
3.1. <i>Hódos-Meta</i> : A inversão do método.....	58
3.2. Diretrizes cartográficas: <i>Traçados dos modos de fazer-pensar a pesquisa</i>	57
3.3. Linhas e contornos: <i>O desenho do estudo</i>	66
3.4. Local do estudo: as instituições hospitalares e suas contingências.....	68
3.5. População do estudo: <i>Contingências populacionais</i>	69
3.6. Produção das experiências narrativas: <i>Instrumentos</i>	72
3.7. Produção das experiências narrativas: <i>Análises</i>	78
IV. Entre permanência e fluidez: Circunscrevendo territórios e construindo constelações.	91
4.1. Espaço e subjetivação: <i>O hospital como territorialidade</i>	91
4.2. Análise e Discussão das experiências narrativas: <i>Entrevistas e Diário de Bordo</i>	92
4.2.1. Entrevistada n. 1 – “ <i>Não sei se onde você trabalha é assim</i> ”	93
4.2.2. Entrevistada n. 2 – “ <i>Mais do que falar, eu tinha que fazer</i> ”	104
4.2.3. Entrevistada n. 3 – “ <i>Eu busquei isso de forma muito intuitiva</i> ”	115
4.2.4. Entrevistada n. 4 – “ <i>Quando eu entrei era outra realidade</i> ”	128
4.2.5. Entrevistada n. 5 – “ <i>Uma construção feita tijolinho por tijolinho</i> ”	140
VII. Considerações finais	150
Referências	158
Apêndice	

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1.** Resultado da busca por trabalhos organizada por descritores e base de dados associada.
- Tabela 2.** Número de estudos apresentados a partir de cada descritor após as operações de exclusão.
- Tabela 3.** *Corpus* da pesquisa: Número de estudos apresentados.
- Tabela 4.** Dados sobre as Instituições Hospitalares pesquisadas.
- Tabela 5.** Dados Sócio demográficos das participantes entrevistadas.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1.** Elementos gráficos: ícones utilizados para leitura das *constelações*.
- Figura 2.** Elementos discursivos: fragmentos de narrativa (enunciados: campos de saber-poder, técnicas e posições de sujeito).
- Figura 3.** *Constelação* narrativa da entrevista 1.
- Figura 4.** *Constelação* narrativa da entrevista 2.
- Figura 5.** *Constelação* narrativa da entrevista 3.
- Figura 6.** *Constelação* narrativa da entrevista 4.
- Figura 7.** *Constelação* narrativa da entrevista 5.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DeCS	Descritores em Saúde
DCN	Diretriz Curricular Nacional
PCN	Programa Curricular Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
MEC	Ministério da Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema, ora proposto, foi construído ao longo dos anos a partir de inquietações e questionamentos advindos da prática como psicóloga clínica hospitalar em instituição do setor terciário de saúde. Inquietações sobre a atuação, na assistência, junto aos pacientes, familiares e cuidadores. Questionamentos sobre como atuar em rede, junto a uma equipe multiprofissional. Sobre qual, ou quais, posicionamentos e posturas adotar/desempenhar. E, de igual forma, questões que versavam sobre como estas práticas repercutiriam em minha atuação enquanto docente, preceptora e supervisora de estágio curricular e residência em psicologia clínica hospitalar. Neste contexto, de inquietações e questionamentos, vi-me envolta em uma problemática: como profissionais de psicologia em saúde atuam a partir de lógicas e modos de ver/ compreender a si mesmos, a profissão, suas relações com pares e colegas da equipe de saúde, assim como com a própria instituição de saúde? Lógicas sobre a relação saúde-doença, e de como diferentes concepções e modelos em saúde nos fornecem muito mais do que simplesmente conceitos e explicações teóricas. De como estes produzem diferentes tipos de raciocínio clínico, de posicionamento profissional e, concomitantemente, lançam as bases para a construção da relação terapêutica. Constroem sentidos, rumos e direções os quais produzem, em contrapartida, nas tramas das relações de poder, o próprio profissional.

Na contramão dos modelos e suas narrativas, observei o contraste entre as diferentes possibilidades de atuação produzidas *na* trama das relações saber-poder no contexto hospitalar. De como cada profissional se apropria desse fazer, construindo um modo próprio/pessoal. Ou não, alguns atuam sem questionar-se sobre sua estilística. De todo modo, observei não apenas uma prática, mas “práticas”. Neste mesmo sentido, questionei-me como a instituição de saúde, sua geografia, localidade, história, e outros vetores de forças, forjam práticas específicas. Não apenas produzindo, mas nomeando-as como legítimas ou não. E, mais, de como diferentes discursos corroboram com essa legitimação afirmando práticas legítimas a uma determinada geografia e práticas ilegítimas. Observei diferentes posições por vezes antagônicas e contraditórias. É, pois, sobre este objeto de estudo que a presente Tese em psicologia clínica versa, cujo objetivo geral é problematizar a atuação de psicólogos/as em saúde analisando as práticas de governamentalidade e cuidado-de-si.

I. PSICOLOGIA NA/DA/EM SAÚDE: *Uma introdução*

No Brasil, a inserção dos profissionais de psicologia na saúde perpassa por sua atuação nas instituições hospitalares (Sobrosa et al, 2014). A construção do campo “*Psi*” em saúde é, neste país, recheada por controvérsias no que concerne a prática hospitalar e as distinções entre estas duas áreas de produção de saber e de prática: Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde (Sebastiani, 2003). Segundo Moreira e Dias (2015), faz-se necessário distinguir os conceitos de *campo* e *área* a fim de melhor compreendermos as suas especificidades. A expressão *campo de saúde* refere-se a um espaço de lutas, de práticas, de ação, e de produção de saberes. Em contrapartida, a utilização do termo *área da saúde* enfatiza uma divisão técnica e administrativa, presente nas instituições e nos processos de classificação, certificação e avaliação. Logo, ambas, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar podem aqui ser consideradas enquanto áreas de atuação e prática “*Psi*” dentro da Psicologia e do campo da Saúde.

É possível encontrar na literatura especializada diferentes definições e distinções conceituais sobre o que vem a ser a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar. Não raro, ao se referir à interface entre a Psicologia e a Saúde, percebe-se uma dificuldade em termos de utilização de nomenclaturas e nomeação. Mais especificamente em relação à interface entre a Psicologia e a Saúde é comum encontrar, por exemplo, o emprego de diferentes terminologias (“*da*”, “*na*” e “*em*”). Todavia, quais seriam, afinal, as distinções de utilização destas terminologias? Quais seriam as distinções entre a Psicologia *da* Saúde, *na* Saúde, e *em* Saúde? A que se refere o uso de cada uma dessas terminologias? Dessarte, vale ressaltar à priori que não se trata meramente da utilização de nomenclaturas distintas; antes, porém, cada uma refere-se a diferenças conceituais com repercussões práticas as quais designam lugares diferentes. A psicologia *na* saúde refere-se à área, enquanto que a utilização do termo psicologia *da* saúde concerne ao campo de produção de saber-poder e, por fim, a psicologia *em* saúde remete à organização das práticas. Neste sentido, a atuação da Psicologia dentro do campo da Saúde é aqui considerada como uma atuação dentro de um campo problemático *per si*, por engendrar-se em movimentos de transversalização. Isto significa dizer que o cotidiano das práticas “*Psi*”, e de seus serviços prestados em Saúde, vive a constante tensão entre as diferentes esferas (área/ campo/ práticas).

De igual modo, ainda sobre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar, é comum encontrarmos compreensões equivocadas quanto à circunscrição de seus objetos de estudo e ao alcance e demarcação de seus espaços de atuação e prática. Havendo, ainda, uma divulgação errônea de que ambas tratam de uma simples justaposição da atuação clínica em setores e serviços mais amplos de saúde (Sebastiani, 2003). Vale salientar que estes embates são inexistentes em outros países, sendo os dois campos de pesquisa e atuação considerados um só, e nomeados como *Health Psychology*, ou Psicologia da Saúde (Cezar, Rodriguez & Arpini, 2015). Entretanto, no Brasil, esses dois conceitos não são equivalentes (Lopes, 2012). Uma distinção possível de ser feita é pensar as definições a partir do objeto e áreas de cada uma delas. A saber: a Saúde e o Hospital.

A Psicologia da Saúde é uma área de atuação mais ampla, tendo por base a concepção de saúde como um conceito complexo relacionado às funções orgânicas, físicas e mentais (Teixeira & Carreiro, 2012). De acordo com Melo (2015), cabe ao psicólogo que atua em saúde estudar a etiologia psicológica das doenças a fim de preveni-las e tratá-las. De igual modo, o/a profissional deve trabalhar em equipes multiprofissionais com a finalidade de colaborar para a produção de uma visão mais ampla e integral do sujeito nas diferentes instâncias e setores de saúde, assim como promover as políticas públicas. Esta é, pois, apresentada como uma prática que pode ocorrer em diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), incluindo-se aí o hospital (Lopes, 2012). Mesmo sabendo da possibilidade de atuação em Saúde por parte de profissionais de psicologia nos níveis de atenção primária (atenção básica), o escopo do presente estudo circunscreve-se dentro das práticas “Psi” em Saúde à nível de atenção terciária, ou seja, em Hospitais. Deste modo, não compete ao presente estudo traçar semelhanças e diferenças nesses dois territórios de atuação.

A despeito de controvérsias, a Psicologia da Saúde é atualmente apresentada como uma área de trabalho da psicologia que nasce para dar respostas às demandas sócio sanitárias e às disputas existentes no campo da saúde (Sebastiani, 2003). Com base no modelo biopsicossocial, fundamenta suas ações na promoção e educação para a saúde. De acordo com Ogden (2004), o modelo biopsicossocial foi desenvolvido por Engel (1977 e 1980), como tentativa de integrar o psicológico e o meio ambiente ao modelo biomédico tradicional. Este concebe os seres humanos como sistemas complexos, sendo saúde e doença

consideradas e situadas em um *continuum*. A doença seria causada pela combinação de uma multiplicidade de fatores, não sendo mais o indivíduo encarado de forma passiva dissociado do seu quadro clínico de saúde. Antes, reconhecendo o papel do comportamento como um dos fatores responsáveis por seu estado de saúde e por suas doenças (Ogden, 2004).

Pautada neste modelo de saúde, a Psicologia da Saúde considera, pois, os fatores psicológicos como presentes na etiologia das doenças e não unicamente como possíveis consequências. Deste modo, um dos principais objetivos da Psicologia da Saúde é intervir na vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário e, para isto, utiliza-se dos conhecimentos das Ciências Biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social e Comunitária. E, neste sentido, a Psicologia da Saúde é, antes de tudo, multidisciplinar (Cezar, Rodriguez & Arpini, 2015).

Em nível global, a origem e desenvolvimento do modelo biopsicossocial e da Psicologia da Saúde comumente apresentado na literatura se deu a partir da promulgação do conceito de saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde), em 1948, como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringido à ausência de doença (Sobrosa et al, 2014). Outro marco, ainda de acordo com Sobrosa et al. (2014), foi a iniciativa de definição do objeto e forma de atuação do/a psicólogo/a na área de saúde, por Joseph Matarazzo, Stephen Weiss e Neal Miller. Todas essas definições foram aceitas e adotadas posteriormente por diferentes associações internacionais em Psicologia da Saúde. Nestas, afirma-se que a “Psicologia da Saúde estuda o papel da Psicologia como ciência e profissão nos domínios da saúde, doença e da própria prestação dos cuidados de saúde, focalizando as experiências, comportamentos e interações em seus contextos” (Sobrosa et al, 2014, p. 7).

Na América Latina, a Psicologia da Saúde é fruto de diferentes movimentos sociais organizados pela sociedade civil, intelectuais, acadêmicos e grupos de profissionais de saúde os quais reivindicavam novas modalidades de atuação e de práticas que fossem além das clássicas delimitações do modelo assistencialista, de atividade estritamente clínica e de Saúde Mental (Sebastiani, 2003). Estes movimentos, coincidiam, em diferentes aspectos, com movimentos que irrompiam no Brasil. Isto porque, apesar dos serviços de saúde e sua cobertura à população serem específicos a cada contexto, os países da América Latina possuem um perfil epidemiológico comum aos países em desenvolvimento. Problemas

relacionados aos altos índices de violências, habitação, serviços urbanos, acidentes e às péssimas condições socioeconômicas e sanitárias, podem ser apontados como características comuns a estes países (Sebastiani, 2003) e considerados como condições de emergência para os movimentos e reformas sociais no âmbito da saúde e da educação.

Em escala nacional, o campo de ação e produção de saberes da Psicologia da Saúde equipara-se, em muitos aspectos, com a história da estruturação do fazer da psicologia em hospitais assim como da própria regulamentação e prática profissional (Sebastiani, 2003). Apesar de desde suas origens a psicologia ter tido na saúde um de seus principais campos de atuação este se resumia, até recentemente, a duas principais dimensões: consultórios particulares e hospitais e ambulatórios de saúde mental (Spink, 2010).

Na primeira vertente de atuação, o psicólogo identificado como profissional liberal exerceria suas atividades voltadas a uma clientela restrita. A segunda vertente, da atuação em saúde mental, apresentava-se comumente subordinada aos paradigmas da Psiquiatria com enfoques na medicalização e internação. De toda sorte, devido à formação e aos principais modelos de saúde, tanto o trabalho em consultórios particulares quanto em instituições hospitalares “acabavam por adotar a perspectiva médica, ignorando outras dimensões” (Spink, 2010, p.30). E, deste modo, o profissional da psicologia era comumente visto como um facilitador do processo de adesão do paciente ao tratamento médico. O que, em alguns casos, ainda é possível de ser visto na prática em saúde.

Em contrapartida, a Psicologia Hospitalar é comumente apresentada como uma subárea e/ou trabalho que faz parte da Psicologia da Saúde (Sobrosa et al, 2014; Melo, 2015), e refere-se a uma prática limitada a um contexto específico (Lopes, 2012). Conquanto o hospital diz respeito a uma instituição concreta onde se tratam doentes internados, ou não, a depender do serviço (enfermaria e/ou ambulatório) o/a psicólogo/a hospitalar é aquele/a que atua numa prática exclusivamente secundária e terciária (Melo, 2015). Logo, a atuação do psicólogo em saúde nestes setores é definida pela circunscrição do espaço hospitalar no qual, as ações de cuidado e assistência estão comumente centradas no diagnóstico e no tratamento das doenças de ordem física, sendo o tratamento médico muitas vezes o centro e a base da assistência (Melo, 2015). Vale ressaltar, ainda, que a saúde pública no Brasil e no mundo é majoritariamente médico centrada; em especial no setor terciário, nas instituições

hospitalares. Todavia, como veremos no presente estudo, há gradações na prevalência médica a depender dos setores de prática (se clínica médica, pediátrica e obstétrica, cirúrgica, por exemplo).

De acordo com a resolução nº 02/2001 do CFP (Conselho Federal de Psicologia), o/a especialista em Psicologia Hospitalar atua em instituições de saúde de nível terciário. Sua prática consiste em atender os/as pacientes, seus familiares e/ou responsáveis pelo paciente, assim como aos membros da equipe multiprofissional. A este último grupo, o enfoque do acompanhamento visa o bem-estar físico e emocional do paciente. Suas intervenções devem ser direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, paciente/paciente e paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo.

Deste modo, o objetivo geral da Psicologia Hospitalar é apresentado como sendo o de acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias, bem como suas famílias, em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos (Lazzaretti, 2007). Devendo o psicólogo agir em três dimensões de prática: na assistência, no ensino, e na pesquisa. Na assistência, o psicólogo deve triar, realizar avaliação diagnóstica em psicologia, realizar psicodiagnóstico, formular e aplicar protocolos durante a hospitalização e/ou em ambulatórios, realizar Inter consultas, orientar psicologicamente a família e a equipe de saúde, realizar grupos operativos e registrar dados. No âmbito do ensino, o psicólogo deve realizar supervisão e leitura técnica com estagiários, cursos de formação, cursos de pós-graduação, e realizar capacitação, orientação e supervisão de estágios para acadêmicos e profissionais. Por fim, no âmbito da pesquisa, o psicólogo deve realizar pesquisas científicas na área de saúde e publicações científicas advindas de suas pesquisas e práxis (Rosa, 2005).

1.1. A construção Sócio-histórica do hospital como local de prática profissional em saúde: das práticas médicas às práticas “Psi”.

O Hospital, enquanto local de prática médica e de cura para doentes é uma construção que data do final do século XVIII na Europa (Lopes, 2012). Em *Microfísica do Poder*, Foucault (1984) detalha as contingências e circunstâncias locais e históricas – em países

como Alemanha, França e Inglaterra –, que culminaram com o surgimento da noção de hospital como um lugar de cuidado. Anteriormente, o hospital funcionava desde a Idade Média como um morredouro. Um local onde órfãos, mendigos, leprosos e loucos eram acolhidos, tendo por principal característica a assistência e o cuidado com os pobres. Mas, também, de separação e exclusão desses indivíduos considerados perigosos para a saúde geral da população (Foucault, 1984).

Neste mesmo período, não existia uma sobreposição da prática médica com a instituição hospitalar. As intervenções do médico na doença organizavam-se em torno da noção de crise. Tratava-se, deste modo, de uma medicina profundamente individualista na qual o médico desempenhava o papel de prognosticador e árbitro contra a doença. Por isso, de acordo com Foucault (1984), nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar. Assim como não existia uma organização do hospital a partir do saber médico. A grande questão postulada por Foucault (2017), no capítulo intitulado: “O nascimento do hospital”, girava em torno de como ocorreu a transformação das práticas institucionais hospitalares. Ou seja, como o hospital foi sendo paulatinamente medicalizado e a medicina pôde tornar-se uma prática hospitalar.

Em meados do século XVIII, ainda segundo Foucault (2017), constata-se os primeiros movimentos de busca por anulação dos efeitos nocivos da desordem do hospital. Por se tratar de um tempo cuja base econômica era o mercantilismo, a principal ideia de desordem nesta instituição era a econômica, uma vez que traficantes se faziam de doentes a fim de esconder objetos preciosos e fugir do controle econômico da alfândega. Por isso mesmo, as primeiras mudanças ocorreram em hospitais marítimos e do exército, visando a reorganização administrativa, política e econômica deste espaço a partir da técnica política de disciplina militar. Das práticas de caridade e assistencialistas às práticas disciplinares, a ação no hospital transforma-se em práticas de vigilância com foco na cura dos enfermos e na diminuição da perda de soldados. Concomitantemente, ocorria a transformação do saber médico afastando-se das intervenções da doença propriamente dita. Agora, na perspectiva epistemológica da medicina do século XVIII, emerge a compreensão de uma medicina do meio (ar, água, temperatura ambiente, regime de alimentação) e uma concepção de doença como um fenômeno natural obedecendo as leis naturais.

Deste modo, grandes reformas foram instituídas nos hospitais após o século XVIII, tanto do ponto de vista estrutural quanto dinâmico. Foi a partir dessa sobreposição com o saber médico que o hospital passou a assumir a tarefa de tornar-se um lugar terapêutico contando com um sistema disciplinar e de controle de seu espaço e de suas rotinas (Lopes, 2012). Concebe-se, assim, o médico como o personagem principal deste espaço responsável por sua organização e gestão. A medicina passa a ser pautada na prática clínica, a qual surge como dimensão essencial desta prática. Igualmente, o hospital torna-se local essencial para a formação e transmissão do saber médico. Não por acaso houve e, ainda há, na história das práticas em saúde a compreensão do hospital enquanto espaço de cura dominada pelo saber médico (Lopes, 2012).

No Brasil, a prática profissional em saúde encontra-se em sua origem apresentada como uma construção da medicina sanitarista e da medicina hospitalar. Segundo Sobrosa et al (2014), isto ocorreria, em muitos aspectos, dado ao fato de que durante a primeira república (1889-1930) – séculos XIX e XX – a saúde centrava-se nos estudos médicos. Além disso, nesta época, o exercício de atividades profissionais em saúde restringia-se a área da medicina a qual debruçava-se, em parte sobre a cura de agentes infecciosos e patogênicos, nas instituições hospitalares, e parte sobre a cidade e a vida urbana buscando regular as práticas cotidianas dos indivíduos (Sobrosa et al, 2014). Até este momento ambas se apoiavam na Teoria do Germe (Sobrosa et al, 2014). Nesta, o germe era compreendido como um agente “externo” ao sujeito, agente “infeccioso”, causador de doenças o qual deveria ser combatido e controlado.

Pautado no modelo biomédico, para o qual saúde seria a ausência de doença, na época, a Teoria do Germe fundamentava a ação dos profissionais de saúde a qual consistiria exclusivamente em realizar diagnóstico, prescrever medicamentos e promover intervenções que acabassem com o agente patogênico (Sobrosa et al, 2014). Isto porque a ideia central deste modelo concebia saúde e doença como sendo qualitativamente diferentes – ou se é saudável ou se é doente. De igual modo, mente e corpo, estariam diametralmente posicionados como opostos funcionando independente um do outro; o que significaria dizer que “as mudanças na matéria física são independentes das mudanças no estado da mente” (Ogden, 2004, p.16).

Segundo o modelo biomédico, o corpo humano adoecer quando invadido por agentes infecciosos que lhes causam mudanças físicas e/ou mudanças internas involuntárias de origem múltipla (Ogden, 2004). Estas doenças, em todos os casos, são consideradas como estando fora do controle do sujeito, compreendido como vítima dos agentes patológicos. Nada sabendo sobre si mesmo e sobre as causas de seu adoecimento, a responsabilidade por seu tratamento e cura estaria atrelado àqueles/as responsáveis pelo escrutinar das doenças e seus agentes. Ou seja, a classe médica. Ao priorizar a avaliação orgânica e considerar as doenças como alterações fisiológicas resultantes de lesões e agentes externos, o modelo biomédico da medicina lançava as bases para uma ação em saúde priorizando ações via atenção secundária (Cezar, Rodriguez & Arpini, 2015), o que, de acordo com Sebastiani (2003), emprega maior ênfase em uma perspectiva hospitalocêntrica de saúde no qual o hospital torna-se o símbolo máximo de atendimento. Atendimento este focado na atuação e conduta médica.

Apesar da forte influência e peso do modelo biomédico, ao longo dos séculos XIX e XX, novas abordagens emergiam e provocavam questionamentos relacionados aos princípios desse modelo. O advento da psicanálise no século XIX, assim como da medicina psicossomática, da saúde e medicina comportamental são apresentadas como os principais campos de saber responsáveis por questionar os postulados do modelo biomédico. Principalmente as noções de doenças psicossomáticas corroboraram significativamente para a leitura e compreensão dos fenômenos psíquicos e suas influências na etiologia das doenças (Lopes, 2012). Deste modo, apesar do hospital enquanto instituição de saúde ter permanecido por muito tempo voltado à doença, ao seu diagnóstico e focado nas ações terapêuticas de cura médica; movimentos de ruptura e dissensão emergiam asseverando o adoecer como uma experiência singular a qual só pode ser entendida a partir do significado e história de vida da pessoa do paciente (Lopes, 2012). Estas compreensões são apontadas como o berço para a proposição de novos paradigmas e práticas em saúde, os quais demandam a entrada nesse espaço de outras profissões de saúde classificadas como *não-médicas* (Ogden, 2004).

A inserção da psicologia na saúde no Brasil, ocorre por volta da década de 1950. Em um primeiro momento nos hospitais psiquiátricos e em seguida nos hospitais gerais. Inicialmente fundamentada em modelos clínicos clássicos, a inserção apresentava a necessidade de

construção de instrumentos e modelos teóricos adequados às demandas específicas aos atendimentos hospitalares (Lopes, 2012). Um dos primeiros registros de atividade nesta área aponta para a atuação da psicóloga Matilde Neder em 1954. Seu trabalho consistia no preparo pré e pós-cirúrgico de pacientes submetidos a cirurgias de coluna na então Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP (Universidade de São Paulo) (Lazzaretti, 2007).

Vinte anos depois, e após a regulamentação da profissão de psicólogo pela Lei 4.119/1962, também na cidade de São Paulo, a psicóloga Belkis Romano Lamosa organizava o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP. Outro marco importante para a organização de práticas “*Psi*” em saúde – mais especificamente, em instituições hospitalares –, foi a realização do 1 Seminário do Instituto de Reabilitação da USP, realizado em 1959 (Lopes, 2012).

Iniciativas, como as de Maria Mercedes Cerci, em 1977, no departamento de Tocoginecologia do Hospital das Clínicas da UFPR (Universidade Federal do Paraná); e, em 1978, de Marisa Decat de Moura no Hospital Mater Dei de Belo Horizonte também se apresentam como marco para a expansão da prática da Psicologia e a especificidade da Psicologia Clínica em Hospitais. Concomitante a estes movimentos, emergia a necessidade preeminente do cumprimento de campo de estágio curricular para a formação de psicólogos em dezenas de hospitais do Rio de Janeiro, inicialmente focados em psicodiagnóstico (Lazzaretti, 2007). Sendo possível, posteriormente, observar uma expansão da área e uma sensível diversidade na prática: avaliação psicológica, uso de testes psicométricos, uso de técnicas projetivas, anamnese e entrevistas clínicas.

Ao profissional de psicologia atuando em hospitais, neste momento histórico, era possível: a orientação de diabéticos e seus familiares; atendimentos a gestantes; preparação cirúrgica; acompanhamento psicológico de crianças, adolescentes e adultos internados; preparação para a alta hospitalar; psicoterapia breve em ambulatório; orientação psicológica do staff; consultoria médica sobre problemas psicológicos (Lazzaretti, 2007). Em 1983, o Serviço de Psicologia do Incor, do HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo –, organiza e promove o 1 Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar. Neste, pela primeira vez, profissionais atuando em hospitais de diferentes regiões do país, encontram-se para trocar experiências sobre suas práticas e

acerca da necessidade de produção e de embasamento teórico específico ao fazer do psicólogo em instituições hospitalares (Lopes, 2012).

Apesar desta diversidade no campo de ação, o trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares fora marcado por uma ampla variedade de dificuldades e percalços. Como exemplo, pode-se citar as exigências administrativas que, muitas vezes, determinavam o número de sessões de atendimento psicológico ou a deliberação para realizar psicodiagnóstico em apenas uma única sessão e/ou encontro. Entretanto, apesar destas dificuldades, o trabalho do psicólogo em instituições hospitalares, proporcionado por uma vasta variedade de tipos de clientes e de situações, favorecia um aprendizado amplo e rico em termos de complexidade na formação do psicólogo oportunizando uma visão realista do ser humano, indispensável à profissão.

Uma das primeiras e principais discussões do movimento de inserção do hospital enquanto locus de prática profissional da psicologia na saúde circunscrevia noções de identidade: quem é este psicólogo/a que trabalha no hospital? Seria clínico? Hospitalar? Ou, clínico hospitalar? E, mais, o que significa questionar-se sobre quem é este profissional e o que deve fazer, e como deve atuar? Quais seriam suas práticas? Como formá-lo para essa atuação? Foi a partir das reformulações das políticas e estratégias de saúde que ocorreu a entrada do psicólogo no espaço hospitalar de forma mais efetiva, e com um olhar mais ampliado do processo saúde-doença (Sobrosa et al, 2014; Poubel, 2015).

As propostas de visão integral de saúde baseados no modelo biopsicossocial, em conformidade com os muitos problemas e desafios enfrentados, apresentavam-se como prerrogativas para os movimentos sociais que culminaram com a reforma sanitária na década de 70. Estudantes, profissionais, acadêmicos, técnicos e usuários dos serviços de saúde são comumente apresentados como tendo se posicionado a favor e lutado pela reorganização e unificação dos serviços de saúde na década de 1980 (Freire, 2012). Em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde, n. 8080 e 8142, definiram os fundamentos valorativos, organizacionais e políticos da Saúde na Constituição Federal. E, a partir da nova constituição e das Leis Orgânicas da Saúde, criam-se o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Freire, 2012). Fruto do processo de lutas pela redemocratização da saúde e por sua inclusão como parte de um conjunto de direitos sociais, o novo sistema de

saúde no Brasil, o SUS, nasce, pois, destes movimentos de reforma sanitária inspirados pela constituição de 1988, e pela definição da Lei Orgânica de Saúde n. 8080 de 1990.

Saúde e doença passam a ser compreendidos em sentido amplo, considerados como dependentes de uma rede de relações complexas entre padrões de comportamentos, interações sociais, e variáveis biológicas. A complexidade envolvida nesses processos – aliados à complexidade das instituições de saúde –, impõem uma formação teórica, técnica e científica diferente da do especialista do modelo biomédico tradicional. Passa a ser necessário, assim, focar a complexidade dos mecanismos envolvidos no processo saúde-doença e formar generalistas capazes de compreender e intervir sobre tais processos (Teixeira & Carneiro, 2012).

1.2 Reforma Sanitarista e Reforma Curricular: a produção de sentidos que legitimam práticas e a legitimação de práticas que produzem sentidos.

Em paralelo aos movimentos sociais e à reforma sanitarista, novas demandas de modelos e práticas profissionais foram forjados (Freire, 2012). Um novo perfil de profissional de saúde era requerido para dar conta do grau de complexidade dessas demandas. Surgiram movimentos que culminaram com a reforma curricular e a promulgação das DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais – dos cursos de nível superior no Brasil, em específico, dos cursos de saúde. As DCN que emergiram nesse cenário colocavam no centro do debate a relação estreita entre as mudanças dos modelos de saúde e suas repercussões e desdobramentos nos modelos de educação (Moreira & Dias, 2015).

Pesquisas, estudos e sucessivas reformas de currículo tiveram início na década de 1970, e se intensificaram na década seguinte (Ferreira Neto, 2004). De acordo com este autor, a década de 1980 ficou marcada como o início de uma virada crítica no âmbito da formação em psicologia no Brasil. No debate sobre a produção das novas PNS (Políticas Nacionais de Saúde) a temática sobre a formação dos profissionais fez-se primordial. Formação esta que, até meados da década de 1980, ainda era considerada a partir da ênfase da especialidade técnica e do enquadre hospitalocêntrico. Ao focar a atuação dos profissionais a nível

ambulatorial e hospitalar, a formação dos profissionais de saúde – assim, como a dos/as profissionais de psicologia –, encontrava-se baseadas essencialmente no modelo biomédico e organicista. (Moreira & Dias, 2015).

A maioria das críticas mirava a desconexão com a realidade social brasileira, as relações de poder implicadas nesse modelo de formação e a necessidade de inclusão da classe pobre ao direito de acesso aos serviços psicológicos. Essa tendência se manteve até o final dos anos 1990, em decorrência do processo de avaliação nacional dos cursos, organizado pelo Ministério da Educação (MEC, 2019). Em paralelo, a reforma curricular ganhava peso e notoriedade nacional devido às demandas sociais por profissionais de saúde melhor articulados ao contexto da saúde pública e aos pleitos da reforma sanitária brasileira (Dallegrave & Kruse, 2009). Ter-se-ia, portanto, um conjunto de acontecimentos sócio histórico os quais produziram estrategicamente as condições de emergência necessárias para a produção de novas formas de se pensar-produzir práticas de psicologia em saúde.

Diversos autores da psicologia (Ferreira Neto, 2011; Spink, 2010) enfatizam a inadequação da formação dos profissionais de saúde, e em especial dos psicólogos, ao lidar com o campo da saúde pública. Segundo Pitombeira, Xavier, Barroso e Oliveira (2016), as instituições educacionais de ensino superior têm sofrido grande pressão para adequar seus currículos às novas demandas sociais e às práticas públicas em saúde, principalmente no que concernem as doutrinas e os princípios norteadores do SUS. Uma questão central têm sido como preparar psicólogos para atuar em um sistema único de saúde válido em todo território nacional (Freire, 2012; Pitombeira, Xavier, Barroso e Oliveira, 2016). Sistema este sustentado por doutrinas e princípios, composto por um conjunto de unidades, serviços e ações. Como a universalidade, integralidade e equidade enquanto doutrinas, perpassariam as disciplinas e módulos acadêmicos? E, mais, como, nortear as ações tradicionais e clássicas da psicologia a partir dos princípios de resolubilidade, regionalização, descentralização político-administrativa, e complementariedade do setor privado?

Além destas questões, outras ainda se fazem presente. Como ampliar o debate das tradicionais concepções de sujeito e de produção de subjetividades para outras mais integrativas de processos sociais, os quais englobam noções territoriais (Ferreira Neto, 2011)? Como problematizar os processos saúde-doença adicionando a este processo a noção

de cuidado, e retirando-se a ênfase no tratamento; posicionando o psicólogo como profissional que atua junto a outros profissionais na prevenção e promoção de saúde?

Neste sentido, têm-se visto amplo debate sobre a construção de currículos baseados em competências. Currículos produzidos a partir de diretrizes educacionais nacionais apoiadas nos princípios e diretrizes do SUS. Currículos que possibilitem a aproximação da academia com a comunidade. Discussões acerca da produção de um currículo que permita ao profissional em formação se aproximar cada vez mais cedo das reais demandas da população, e a realidade do cotidiano. Deste modo, muito tem-se falado sobre novos modelos de formação e os desafios de se lidar com a tradicional identificação do/a psicólogo/a com uma prática clínica individual e privada (Pitombeira, Xavier, Barroso, & Oliveira, 2016). Por formação, compreende-se como um processo amplo que engloba “aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e pensamento” (Pitombeira, Xavier, Barroso, & Oliveira, 2016). Neste sentido, essa discussão ecoa em uma discussão mais ampla sobre a noção do currículo como uma questão de produção de identidades culturais (Silva, 2007).

Em uma perspectiva pós-estruturalista, pós-crítica, o currículo é considerado multiculturalista. Não como na compreensão humanista e neoliberal, para a qual deve-se respeitar as diferenças e aprender a tolerar e conviver de forma pacífica porque sob a aparente diferença há uma mesma humanidade. Antes, a visão pós-crítica de um currículo multiculturalista recai sobre a produção das diferenças enquanto processos linguísticos, discursivos, logo não natural. O multiculturalismo enfatiza a produção das múltiplas identidades culturais, fragmentando e pondo em xeque a concepção tradicional e moderna da identidade unívoca, e os próprios valores da civilização ocidental sob o qual a psicologia erigiu seu projeto científico e de prática profissional.

Todavia, vale ressaltar que as perspectivas pós-críticas e pós-estruturalistas lançam luz sobre a produção das diferenças visibilizando “os processos pelos quais, através de relações de poder e controle, nos tornamos aquilo que somos” (Silva, 2007, p. 147). Ou seja, como produzem as identidades culturais com as quais nos identificamos, posicionamos e a partir das quais falamos. Por isso mesmo, afirma-se que as identidades existentes e vistas nos currículos são discursivamente produzidas através de relações de poder assimétricas e desiguais baseadas em campos de saber-poder. À vista disso, o currículo não pode ser

compreendido sem uma análise das relações de poder nas quais ele está envolvido; entendendo que a partir dessa perspectiva o poder não é compreendido mais como tendo um único centro antes, porém, está espalhado por toda a rede social. Uma leitura e análise pós-crítica do currículo inclui os processos de produção e dominação centrados nas identidades culturais (Silva, 2007). Problematizar a formação de profissionais de saúde e, mais especificamente, de profissionais de psicologia, numa perspectiva pós-crítica implica desse modo não apenas no ensino à tolerância e respeito pelas identidades. Outrossim, implica na visibilidade e problematização da produção dessas identidades enquanto produções discursivas historicamente datadas em geografias e locais específicos responsáveis pelo fornecimento de concepções de sujeito. Implica analisar os processos pelos quais as identidades são produzidas colocando-as permanentemente em questão.

1.3. O governo e o cuidado-de-si em Psicologia da Saúde e a ação política dos psicólogos/as.

Quanto ao lugar a ser ocupado e ao papel a ser desempenhado pelo psicólogo/a que atua em saúde, a literatura especializada aponta que cabe a estes profissionais estarem atentos aos processos em curso. Atentos às forças instituintes. Ao que está em vias de emergir. Seu trabalho envolve levar em consideração os diferentes contextos sociais e culturais nos quais a saúde e as doenças ocorrem (Sobrosa et al, 2014). De igual modo, estes são apresentados como devendo atuar de forma a capacitar a própria comunidade para a transformação da realidade a partir da aprendizagem de como *lidar, controlar e melhorar* sua *qualidade de vida*. As práticas “*Psi*” em saúde, principalmente as voltadas para a atenção básica (primária e secundária) apresentam-se como centradas em ações de prevenção de doenças, manutenção e promoção de saúde. A nível terciário, as práticas “*Psi*” focam a manutenção e promoção da saúde (Teixeira & Carneiro, 2012).

A atuação enquanto multiplicador de ações permite pensar as relações estabelecidas nas práxis e através das práticas “*Psi*” em saúde a partir da perspectiva das relações de poder. Relações do cotidiano, construídas e forjadas *no* encontro e durante a assistência em saúde.

Relações existentes entre profissionais e pacientes/ usuários perpassados pelas relações de poder. Não em uma perspectiva hierarquizada, mas ocorrendo verticalmente, horizontalmente e micro politicamente, em um movimento transversal por excelência. Desenvolvida por Félix Guattari (1930-1992), a ideia de transversalidade busca evidenciar que a realidade é composta não apenas por linhas verticais de comunicação entre os diferentes, nem, tampouco, linhas horizontais de comunicação entre os iguais. Não existindo comunicação apenas entre o instituído, ou comunicação exclusiva do instituinte. Na transversalidade, “as linhas penetram as formas e as formas são apenas arranjos de linhas de força” (Passos & Eirado, 2014, P. 110). Deste modo, a realidade é produzida a partir das redes de comunicação e trocas entre estes dois planos de forças: instituído e instituinte. Sendo, pois, forjada nos “encontros entre os diferentes nós de uma rede de enunciação da qual emerge, como seu efeito, um mundo que pode ser compartilhado pelos sujeitos” (Passos & Eirado, 2014, p. 116).

Este tema, das relações construídas e forjadas no encontro entre profissionais e pacientes/ usuários nos remete a questão do Poder, da arte do governo – ou governamentalidade –, e do cuidado-de-si. Segundo Diniz e Oliveira (2014), o estudo sobre a questão do poder elaborado por Foucault na década de 1970 é responsável por apresentar uma abordagem inovadora ao basear suas análises nas micro relações e nos micro poderes. Ao contrário das análises tradicionais, Foucault rompe com uma noção de poder instituído e centrado no Estado. Sua proposta fora a de reconhecer como o poder perpassa as diferentes estruturas sociais. Para isto, inspirado em Nietzsche (1844-1900), Foucault empreende uma série de estudos históricos através do método genealógico (Diniz & Oliveira, 2014; Martins & Peixoto Júnior, 2013).

Partindo dos filósofos clássicos, Foucault empreende uma genealogia do poder e da produção do que veio a ser nomeado na modernidade como sujeito. Apenas a partir da segunda metade do século XVIII, com o advento de novas tecnologias de poder – como a disciplina dos corpos –, torna-se possível pensar em um *sujeito* como categoria e objeto de estudo. As práticas de governo também são práticas de governo das mentalidades, dos afetos, das relações, dos comportamentos. A vida da população constitui-se como estratégia de governo, ou seja, como uma forma de governamentalidade (Martins & Peixoto Júnior, 2013).

Esse tipo de poder centrado e focado na vida, articulado com a disciplina e o biopoder, é ao mesmo tempo coletivista e individualizado. Cabendo a cada um dos profissionais aprenderem *como* disciplinar-se e controlar os próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos a partir dos saberes direcionados pelas redes de sentido nos discursos sociais (Spink, 2010).

É neste sentido que Spink (2010) apresenta a atenção à saúde como estratégias de governamentalidade, visto se tratar de práticas e exercícios cotidianos que organizam a vida social a partir de um conjunto de sentidos relativos aos modos como as pessoas devem viver. As negociações de sentidos produzidas pelas práticas de significação são uma forma de compreensão dos modos como determinados grupos sociais visam a impor permanentemente práticas de significação particulares (Veiga-Neto, 2007). Essas formas de imposição de sentidos são consideradas nas análises de Foucault (2013) como *tecnologias de governo*. No caso de psicólogos/as que atuam em saúde enquanto multiplicador de sentidos e modos de viver “*saudáveis*”, as práticas de governo “*Psi*” apoiam-se em suas redes de significação teórico-metodológica com fins a produzir estilos de vida.

Por um lado, é inquestionável os avanços e benefícios produzidos pelo modelo biopsicossocial no que tange os processos saúde-doença, a gestão da saúde e relações mais horizontalizadas entre os profissionais e os pacientes e/ou usuários dos serviços. Por outro, ao subsidiar a noção de saúde como um estado positivo de bem-estar tendo como foco o comportamento dos indivíduos (Sobrosa et al, 2014), o modelo biopsicossocial inaugura uma modalidade de biopolítica mais refinada. Cada indivíduo deve, agora, vigiar a si mesmo a fim de manter-se saudável. O controle e a vigilância deve ser um contínuo sobre o corpo. Sobre o que comemos e bebemos. Sobre os exercícios físicos específicos para cada faixa etária (Spink, 2010).

É neste sentido que a saúde deve ser pensada a partir de uma perspectiva ético-política com a finalidade de se promover práticas não de vigilância e controle desmedidos. Antes, porém, como uma relação de cuidado *consigo mesmo* (Bernardes, 2014). Como práticas de cuidado-de-si! De acordo com Bernardes (2014), o conceito Foucaultiano de cuidado-de-si, refere-se a uma forma permanente de ocupar-se de si mesmo que estabelece tanto uma modalidade de relação com a verdade quanto de condução da própria conduta. O cuidado de si, afirma uma estética da existência. Uma produção de si a partir de uma atitude reflexiva

sobre como conduzir-se. A verdade e o conhecimento de si, dar-se-ia, pois, como um dos efeitos dessa atitude para consigo, com os outros e com o mundo (Bernardes, 2014).

A noção Foucaultiana de produções genealógicas das subjetividades visibiliza o contínuo *vir-a-ser*; contrapondo a prática moderna do conhecimento de si (advinda de saberes produzidos por campos discursivos instituídos) à prática greco-romana de cuidado-de-si (baseada em pequenos exercícios diários, do cotidiano, que produzem um saber sobre si mesmo) (Ferreira Neto, 2011). Produções contingenciais e locais forjadas por discursos a partir de práticas discursivas em circulação no cotidiano. Afirma-se a necessidade de ações e práticas “*Psi*” em saúde que possibilitem processos de subjetivação constituídos por práticas de liberdade mediante o constante questionamento com formas instituídas de experiências e sentidos. Práticas que possibilitem a invenção de novas formas de vida. Formas singulares de produções de si mesmo, como uma obra de arte (Ferreira Neto, 2011).

Seguindo os pressupostos pós-estruturalistas e da filosofia da diferença, Foucault desconfia da noção de sujeito como “desde sempre aí” (Veiga-Neto, 2007, p.107). No contexto dessas discussões, Foucault problematiza a noção moderna de que o sujeito, enquanto entidade natural, pré-existente ao mundo social, político, cultural e econômico. Logo, em oposição à filosofia do sujeito Foucault se despede de uma noção moderna e iluminista de sujeito sugerindo três modos de subjetivação que transformam os seres humanos em sujeitos. Para ele, nos tornamos sujeitos pelos modos de investigação, pelas práticas divisórias e pelos modos de transformação (Veiga-Neto, 2007).

O primeiro modo seria a objetivação de um sujeito no campo dos saberes, trabalhado por Foucault nos seus estudos sobre a arqueologia do saber. O segundo modo, evidenciado pela genealogia do sujeito empreende a objetivação de um sujeito nas práticas do poder que divide e classifica. E, por fim, Foucault registra um terceiro modo de produção mediante o registro da ética no que concerne a subjetivação de um indivíduo que trabalha e pensa sobre si mesmo (Veiga-Neto, 2007).

Esse empreendimento significa realizar análises discursivas sobre as produções de subjetividades genealógicas, constituídas historicamente e atravessadas pelas relações de poder em locais e geografias particulares. Significa questionar e evidenciar as relações entre as *práticas de conhecimento*, *práticas de poder*, e *práticas de si*. Uma tentativa *errante* – no

sentido de não se partir de nenhum caminho posto *a priori*, e sim de ir-se fazendo caminho a medida em que se caminha – de conduzir análises arque genealógicas das práticas discursivas e não discursivas que forjam lógicas e modos de ser e de atuar destes profissionais inseridos no campo da saúde. Significa, igualmente, evidenciar os efeitos das dimensões espaciais, arquitetônicas e de gestão da saúde em instituições hospitalares; e, por exemplo, como estes produzem subjetividades – não apenas a subjetividade da população em geral e de seus usuários, como, também, a de seus intelectuais e profissionais. A intenção é visibilizar a genealogia dessas produções, possibilitando assim sua problematização, e instaurando a construção de novas realidades de formação e prática profissional (Ferreira Neto, 2015). Deste modo, o objetivo principal deste estudo é problematizar a atuação de psicólogos/as em saúde analisando as práticas de governamentalidade e de cuidado-de-si. Com este intuito, quatro objetivos específicos foram traçados: 1. Identificar as concepções de saúde e doença nas narrativas de psicólogo/as. 2. Identificar os modelos de saúde predominantes nas narrativas de psicólogo/as. 3. Analisar os posicionamentos e as posturas adotados em relação à profissão, aos pares, aos pacientes, à equipe multiprofissional e à instituição de saúde. 4. Analisar os modos de conduzir a si mesmos e aos outros a partir das concepções de saúde e doença, e dos modelos predominantes em suas narrativas.

1.4. Capítulos da Tese

A presente Tese de doutoramento em psicologia clínica encontra-se organizada em cinco capítulos. O primeiro introduz a Psicologia no campo da Saúde analisando a construção sócio histórica da inserção do psicólogo no hospital, e deste como local de prática profissional. Em seguida, a Reforma Sanitarista e Reforma Curricular são apresentadas e debatidas como práticas que produzem sentidos os quais, por sua vez, legitimam o exercício profissional. Por fim, parte-se das noções foucaultiana de governamentalidade e cuidado-de-si para problematizar a ação política de psicólogos que atuam em Saúde.

O capítulo II apresenta uma revisão sistemática da literatura em bancos de dados, cujo objetivo foi o de averiguar o que se tem pesquisado e publicado a propósito da formação e a

atuação de psicólogos em saúde; e, isto, em uma perspectiva Foucaultiana. Partiu-se de alguns termos – tais como, psicologia, formação, Foucault, governamentalidade e cuidado-de-si – a fim de compor descritores que levariam a artigos, teses e dissertações publicadas entre 2007 e 2017. Em um primeiro momento é exposto o procedimento metodológico seguido dos resultados e da análise crítica dos materiais encontrados. Por fim, neste capítulo, são apontados considerações e direcionamentos para o estudo desenvolvido através da pesquisa conduzida.

Em seguida, no capítulo III, apresentar-se-á o percurso metodológico da pesquisa; suas rotas, entornos e desvios. A ideia central é, a partir de diretrizes cartográficas, apresentar a inversão etimológica do termo *método*, o qual passa a ser pensado enquanto *Hódos-Meta*. Essa noção oportuniza a ação criativa e a *experimentação* do fazer científico e dos modos de *narração* da pesquisadora. O objetivo deste capítulo é lançar as bases de sustentação para a política da narratividade da presente Tese a partir de pressupostos teórico metodológicos foucaultianos, os quais oferecem sustentação aos modos de produção das narrativas da pesquisa *na* pesquisa. De igual modo, intenta-se visibilizar como os instrumentos e técnicas de produção e análise dos dados foram forjados. Descrever-se-á, pois, minuciosamente o *ethos* analítico buscando explicitar os modos pelos quais a análise das narrativas foi conduzida. Enfoca-se, deste modo, no referido capítulo, aspectos que respondem à seguinte pergunta: “quais instrumentos foram utilizados para a produção dos dados e como esta produção ocorreu?”.

O quarto capítulo, intitulado: “Entre a permanência e a fluidez: Circunscrevendo territórios”, destina-se à análise e discussão das narrativas da/ na tese. Partir-se-á de informações sobre o serviço de psicologia das instituições visitadas, dos dados sócios demográficos das participantes, assim como, dos registros e as anotações realizados no diário de bordo durante cada visita e entrevista com o intuito de circunscrever os territórios da pesquisa. Seguindo algumas linhas derivadas de pistas cartográficas – apresentadas e discutidas anteriormente no capítulo dois –, ressalta-se, neste capítulo, a imbricação dos planos de força e de forma no sentido da articulação da experiência narrativa. Em articulação com a perspectiva foucaultianas, trechos das narrativas de cada participante serão discutidos a fim de destacar os diferentes posicionamentos e posturas de psicólogos que atuam em

saúde. Seu objetivo é oportunizar ao leitor o acesso às entrevistas enquanto experiência narrativa e ao acompanhamento dos processos através da análise dos dados produzidos transversalmente à invenção de mapas e conjuntos arquitetônicos os quais levaram a verdadeiras constelações.

Posteriormente, no quinto capítulo, debater-se-á as considerações finais. O mesmo versa sobre as práticas “*Psi*” como práticas de Governamentalidade e Cuidado-de-si em saúde, nos hospitais pesquisados, e seus efeitos. Logo em seguida, no mesmo capítulo, serão tratadas questões relacionadas aos paradoxos do cuidado em saúde e a construção de si mesmo através das práticas de atenção levando em consideração as aproximações das vivências e a singularidade de cada uma delas.

Queres entrar na vida política, queres tomar nas mãos o destino da cidade, mas não tens a mesma riqueza que teus rivais e não tens, principalmente, a mesma educação. É preciso que reflitas um pouco sobre ti mesmo, que conheças a ti mesmo.

(Foucault, 2014, p.34)

II. MARCO TEÓRICO: *Revisão sistemática da literatura*

O presente capítulo versa sobre a revisão sistemática da literatura em bancos de dados on-line, de acesso gratuito ao público, nos idiomas português e inglês, ligados às áreas de educação e saúde. O objetivo foi averiguar, junto aos principais bancos de dados, o que se tem pesquisado e publicado sobre a formação e a atuação de psicólogos em saúde; e, isto, em uma perspectiva foucaultiana. Decidiu-se por manter o escopo da pesquisa amplo no que tange a relação entre a psicologia e a saúde, de modo a não restringir inicialmente à um campo espaço específico de atuação nem, tampouco, à um único nível de atenção a fim de se poder chegar a considerações sobre quais enfoques têm sido oferecidos dentro da atuação em saúde. Se há prevalência de algum nível de atenção, prática e intervenção em específico.

2.1. Procedimentos metodológicos

O procedimento adotado para a pesquisa em bancos de dados seguiu a seguinte sistematização: 1. Caracterização das bases de dados; 2. Seleção dos descritores; 3. Exploração das fontes; 4. Seleção dos limites para refinamento; 5. Organização do material em categorias; e, 6. Análise crítica dos materiais (Ribeiro, 2015). Os dados foram compostos por artigos escritos entre julho de 2007 a julho de 2017, e coletados a partir da visita aos sites das bases de dados.

2.1.1 – Caracterização das Bases de Dados

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi eleita como a principal fonte de pesquisa por seu acesso ser livre, e estar compatível com as bases brasileiras e internacionais no âmbito da saúde e educação. A BVS é promovida e coordenada pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – originalmente conhecido como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) –, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e a Organização Mundial de Saúde (OMS). A Biblioteca é organizada por temáticas, reunidas segundo sua natureza e característica específica, e agrupadas em seis diferentes coleções. A

Educação Profissional em Saúde se configura como uma das temáticas da BVS, com um portal próprio, subdividida em quatro temas: trabalho e educação; educação e saúde; gestão em saúde; e, trabalho e saúde (BVS, 2015).

Todas as bases de dados e portais eletrônicos elegidos para compor nosso campo – SciELO, LILACS e PePSIC – são compostas por publicações brasileiras e de livre acesso através do sistema de busca da BVS. A BVS agrega publicações científicas – como artigos, teses e dissertações – de vários bancos de dados e bases em ciências da saúde e áreas correlatas possibilitando às pesquisadoras a utilização do “método integrado” de busca.

2.1.2 – Seleção dos descritores

Com o propósito de contemplar os objetivos do estudo, os termos “Foucault”, “Cuidado de Si”, “Governamentalidade”, “Formação”, “Psicologia” e “Saúde” foram eleitos e utilizados na consulta ao DeCS – Descritores em Saúde – da BVS. A finalidade foi averiguar se estes são considerados descritores pela BVS, no intuito de realizar a correspondência com o banco de terminologias e descritores em ciências da saúde. Deste modo, visando uma maior eficiência e confiabilidade do presente estudo, o primeiro passo da revisão sistemática foi composto pela consulta ao DeCS nos idiomas português e inglês.

Para os termos Foucault, Cuidado de Si, Governamentalidade e Formação não foram encontrados nenhum correlato no DeCS. Todavia, os termos Psicologia e Saúde possuíam descrições no DeCS da BVS, as quais conotam uma perspectiva mais biomédica. Psicologia é descrita como sendo “A ciência voltada para o estudo dos processos mentais e do comportamento dos homens e animais”. E, Saúde é apontado como sendo “o estado do organismo quando funciona otimamente sem evidência de doença” (BVS, 2017).

Depois da correlação dos termos com os descritores em saúde, definiu-se que os descritores a serem utilizados na revisão sistemática seriam: “Psicologia” e “Saúde”. Todavia, devido ao interesse e objetivo da pesquisa incluir a formação em psicologia e estar aliado à perspectiva Foucaultiana e à temática do Cuidado-de-si e da Governamentalidade, os descritores foram associados a um destes quatro termos. A partir do resultado das buscas foram realizadas leituras individuais dos resumos e *abstracts* dos artigos dentro dos critérios

de inclusão da revisão sistemática. Os critérios de inclusão e exclusão foram responsáveis por nortear as pesquisadoras no refinamento da pesquisa e pelo quantitativo dos dados encontrados. O objetivo desta etapa foi o de identificar os sentidos atribuídos a cada descritor e, em paralelo, excluir os trabalhos que porventura estivessem dentro dos critérios de exclusão ou estivesse repetido em diferentes bancos de dados.

Por critérios de inclusão tivemos: trabalhos publicados no período de julho de 2007 a julho de 2017; publicações de artigos, dissertações e teses em língua portuguesa e inglesa; abordagem da temática da formação em psicologia a partir das teorizações Foucaultianas; e, trabalhos disponibilizados em banco de dados de acesso público.

Os critérios de exclusão foram: trabalhos sobre a formação em psicologia, problematizados a partir de outro referencial teórico diferente do proposto; trabalhos de acesso pago; trabalhos anteriores ao período cronológico definido; assim como trabalhos apresentados em outros formatos que não artigos científicos, dissertações ou teses. Para a realização da busca os operadores booleanos (AND, OR, ou AND NOT) não foram digitados, mas sim a seleção da opção: “todas as palavras”, como forma de relacionar as palavras e restringir o escopo da pesquisa ao que se almejava. Ao selecionar o método integrado de pesquisa estes operadores são automaticamente acrescentados pelo sistema de busca.

2.2. – Resultados: exploração das fontes e refinamento da pesquisa.

A busca por trabalhos científicos no portal BVS – Educação Profissional em Saúde, através da combinação dos descritores elegidos, encontrou um total de 259 documentos entre as bases de dados SciELO (64), LILACS (174), e PePSIC (21). A base de dados LILACS apresentou maior quantitativo em número total de artigos, nos dois idiomas pesquisados, em quatro dos sete conjuntos de descritores, a saber: 1. “Psicologia” e “Saúde” e “Cuidado de Si” (82); 2. “Psicologia” e “Saúde” e “Foucault” (58); 3. “Formação” e “Psicologia” e “Foucault” (21); 4. “Psicologia” e “Saúde” e “Governamentalidade” (06); 5. “Formação” e “Psicologia” e “Saúde” e “Cuidado-de-Si” (04) e, 6. “Formação” e “Psicologia” e “Saúde” e “Foucault” (03). Este achado pode estar atrelado ao fato de que a LILACS é uma base de

dados bibliográficos das áreas biomédicas e das ciências da saúde, com ampla cobertura. Apesar de conter publicações em espanhol, a maioria dos artigos disponibilizados estão escritos em português (Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, 2017).

Tabela 1. Resultado da busca por trabalhos organizada por descritores e base de dados associada.

Descritores em Saúde – DeCS	Base de Dados – BVS			
	SCIELO	LILACS	PePSIC	TOTAL
1. Formação+ Psicologia + Foucault	10	21	7	38
2. Formação + Psicologia + Saúde + Foucault	03	03	01	07
3. Formação + Psicologia + Saúde + Cuidado de Si	02	04	00	06
4. Formação + Psicologia + Saúde + Governamentalidade	00	00	00	00
5. Psicologia + Saúde + Foucault	33	58	6	97
6. Psicologia + Saúde + Cuidado de Si	14	82	6	102
7. Psicologia + Saúde + Governamentalidade	2	6	1	09
Total de achados por base de dados	64	174	21	259

Partindo dos critérios de inclusão e exclusão, um refinamento da busca foi realizado com a finalidade de excluir as publicações que estivessem repetidas nos diferentes bancos de dados. De igual modo, foram descartados os trabalhos escritos a partir de outro referencial teórico diferente do proposto. O termo, cuidado de si, por exemplo, apesar de ter tido um resultado significativo em termos de quantidade de publicações encontradas nas diferentes bases de dados, tratava, em sua grande maioria, não do conceito foucaultiano, mas sim de ideias embasadas em perspectivas biomédicas e de ciências da saúde em geral. Em contrapartida, o termo governamentalidade obteve poucos resultados a partir da busca pela correlação direta entre o termo e os diferentes descritores, porém através da leitura dos resumos e *abstracts* foi possível encontrar publicações que contemplavam a discussão numa perspectiva foucaultiana.

Tabela 2. Número de estudos apresentados a partir de cada descritor após as operações de exclusão.

Textos agrupados por descritores	Quantidade
Formação + Psicologia + Foucault	05
Formação + Psicologia + Saúde + Foucault	00
Formação + Psicologia + Saúde + Cuidado de Si	00
Formação + Psicologia + Saúde + Governamentalidade	00
Psicologia + Saúde + Foucault	11
Psicologia + Saúde + Governamentalidade	01
Psicologia + Saúde + Cuidado de Si	01
Total	18

Após a operação de exclusão é importante destacar o decréscimo do quantitativo de publicações pertinentes ao estudo assim como, também, a ausência de resultados entre as bases de dados pesquisadas, para o conjunto de descritores em português, e inglês, composto pelos termos: “Formação” e “Psicologia” e “Saúde” e “Foucault”. De igual modo, destacamos o fato de não terem sido encontrados, de modo direto, resultados para o conjunto de descritores composto por: “Formação” e “Psicologia” e “Saúde” e “Cuidado-de-Si”; nem, tampouco, para o conjunto: “Formação” e “Psicologia” e “Saúde” e “Governamentalidade”.

Contudo, isso não significa dizer que após a exploração e refinamento das fontes não tenham sido encontrados, na soma total das publicações, trabalhos cujo objeto de estudo versam sobre as temáticas pesquisadas. Antes, pode indicar que, como a maioria das publicações foram encontradas na LILACS – base de dados cujo enfoque são as áreas biomédicas e das ciências da saúde –, a organização dos descritores não reconhece e nem correlaciona estes termos. Outro ponto interessante a ser levado em consideração é que, mesmo tendo sido encontradas nas bases de dados SciELO e PePSIC, o conjunto de operações de descritores com os termos “psicologia” e “saúde” e “formação” e “cuidado de si” e “governamentalidade”, pode-se afirmar que – dentro do período pesquisado – ainda temos um quantitativo relativamente pequeno de publicações que trabalhem esse objeto de estudo.

Em relação ao tipo de trabalho, das 18 publicações, 14 tratavam de estudos teóricos, uma apresentava os resultados de uma pesquisa empírica, duas circunscreviam relatos de experiência na atuação de psicólogos em saúde e uma se tratava de dissertação de mestrado. Importante ressaltar que não foram encontradas nenhuma referência a teses de doutorado e nenhum trabalho de revisão sistemática da literatura concernente à temática pesquisada no presente estudo. Deste modo, depois de realizada as operações de exclusão, obtiveram-se os seguintes resultados demonstrados na tabela abaixo a qual compõem o *corpus* da presente pesquisa de revisão sistemática.

Tabela 3. *Corpus* da pesquisa: Número de estudos apresentados

Textos agrupados por descritores	Quantidade
Formação + Psicologia + Foucault	05
Psicologia + Saúde + Foucault	11
Psicologia + Saúde + Governamentalidade	01
Psicologia + Saúde + Cuidado de Si	01
Total	18

2.3. – Análise Crítica dos Materiais: Psicologia, Foucault, Formação, Governamentalidade e Cuidado-de-Si.

Nesta sessão, apresentar-se-á a organização da análise e discussão do conjunto de artigos dos grupos de descritores. Devido ao pequeno quantitativo de resultados encontrados em dois conjuntos de descritores, a saber: “Psicologia” e “Saúde” e “Governamentalidade” (01), e “Psicologia” e “Saúde” e “Cuidado de Si” (01), optou-se por analisar e debater estes dois estudos junto com as referências encontradas no conjunto de descritores “Psicologia” e “Saúde” e “Foucault”. Isto ocorreu, igualmente, pois no conjunto de descritores “Psicologia” e “Saúde” e “Foucault”, os estudos encontrados tinham em seu bojo leituras da psicologia e/ou da saúde a partir dos conceitos de governamentalidade e cuidado de si.

2.3.1. – Formação, Psicologia e Foucault

Nos trabalhos agrupados neste conjunto de descritores, identificam-se um total de três estudos teóricos, um relato de experiência e um estudo teórico-empírico. Os trabalhos teóricos debatem temáticas como: A formação da psicologia enquanto campo de produção de saber (Geraldini, 2012); A inserção da psicologia em instituições de saúde (Nascimento, Manzini & Bocco, 2006); e, O Sistema Único de Saúde e seus desafios cotidianos na formação e na prática profissional (Passos & Carvalho, 2015). O relato de experiência discute uma proposta de intervenção psicossocial e a formação do psicólogo para atuação em saúde pública (Ferreira Neto, 2008). E, por fim, o estudo teórico-empírico apresenta os achados de uma pesquisa sobre a relação entre ética e clínica no contexto atual da formação universitária do psicólogo (Ferreira Neto & Penna, 2006).

É importante destacar que o termo *formação* apresenta múltiplos significados não correspondendo apenas ao processo de conclusão de um “curso universitário para fins de obtenção de grau por uma pessoa” (Dicionário Online de português, 2018). O termo é, pois, empregado de diferentes modos nos estudos ora discutidos. Formação, tal como aparece nos artigos do presente conjunto de descritores, refere-se tanto à formação universitária em cursos de graduação em psicologia (Ferreira Neto, 2008; Nascimento, Manzini & Bocco, 2006), como à fabricação ou construção da psicologia enquanto campo de saber (Geraldini, 2012) como, também, ao desenvolvimento profissional através da prática de atuação em saúde (Ferreira Neto, 2008; Passos & Carvalho, 2015). De todo modo, os cinco artigos problematizam a formação – em psicologia, ou em saúde –, quer seja acadêmica ou profissional, a partir de teorizações foucaultianas.

Em artigo intitulado “Reinventando as práticas psi”, Nascimento, Manzini & Bocco (2006), problematizam as práticas psicológicas pautadas na neutralidade científica e questionam uma formação em psicologia que leva profissionais a basearem suas práticas a partir de discursos sustentados por crenças em verdades imutáveis e universais. A prática do psicólogo é posta em pauta, e uma questão central se faz premente: “como desestruturar a noção do que vem a ser fazer psicologia em uma instituição?” (Nascimento, Manzini & Bocco, 2006, p.16). O artigo se desenvolve com o objetivo de refletir modos pelos quais, desde a graduação, seja possível ter experiências que reinventem a psicologia e que

oportunizem no campo da intervenção a criação de desvios, ao invés da reprodução irrefletida de práticas instituídas.

Estes desvios seriam resultantes de caminhos e efeitos produzidos por atuações baseadas no paradigma da implicação, o qual se contrapõe às práticas profissionais alicerçadas em respostas prontas e soluções certas para tudo segundo os manuais e prescrições preestabelecidas. Deste modo, de acordo com Nascimento, Manzini e Bocco (2016), o paradigma da implicação é a atitude de “colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtores de verdades – consideradas absolutas, universais e eternas – seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam” (Nascimento, Manzini & Bocco, 2006, p.17).

Ferreira Neto (2008), em seu artigo intitulado: “Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo”, problematiza as condições de emergência e os acontecimentos históricos que oportunizaram a presença crescente dos profissionais de psicologia na saúde pública. O autor argumenta que, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica e a criação do campo chamado Saúde Mental, possibilitaram a entrada dos psicólogos nos ambulatórios. De início a atuação ainda era pensada a partir da clínica tradicional e, por isto, ao serem colocados em unidades de saúde, esses profissionais defrontaram-se com uma série de outras demandas de atuação. Partindo desse cenário como pano de fundo, Ferreira Neto (2008) propõe analisar uma situação por ele vivenciada quando de sua atuação enquanto psicólogo em uma unidade básica de saúde.

Ao ser interpelado por uma escola municipal, cuja demanda abrangia intervenções multiprofissionais, refletiu acerca de três posturas possíveis em termos de atuação diante do cenário: 1. Medicalizar e psicologizar as dificuldades escolares (vindo a atender as crianças individualmente em ambulatório); 2. Devolver a demanda para a escola sem nenhuma resolutividade, mantendo as crianças num “jogo de empurra”, no qual ninguém se responsabiliza; ou, 3. Construir, de forma colaborativa, com os demais profissionais de saúde da unidade de atenção, um projeto de intervenção que buscasse a resolutividade do caso a partir do compartilhamento dos saberes. Compartilhamento não apenas dos profissionais de saúde, mas, principalmente, entre os próprios membros da comunidade e da escola; propiciando, assim, a construção de uma postura de corresponsabilização por parte dos

profissionais da escola em relação ao processo de trabalho. O presente relato de intervenção psicossocial configura-se como exemplo possível para pensarmos o que Nascimento, Manzini e Bocco (2006) trouxeram como paradigma da implicação, e construção de experiências que reinventem a psicologia e proporcionam, no campo da intervenção, desvios ao invés da replicação de fazeres instituídos.

O artigo intitulado: “Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos”, de Ferreira Neto e Penna (2006), também irá problematizar a questão das práticas “psi” aprendidas ao longo da graduação. Neste caso em específico, os autores se questionam sobre o lugar da clínica na formação geral do psicólogo, buscando compreender a relação entre a ética e a prática clínica. Para isto, uma pesquisa empírica de natureza mista – quanti e quali – foi conduzida com estudantes do segundo e décimo período de psicologia e com professores e supervisores de prática clínica. Em um primeiro momento, um questionário contendo três questões abertas foi aplicado com os estudantes e, em seguida, entrevistas semiestruturadas foram conduzidas junto aos professores e supervisores. Por fim, uma entrevista coletiva foi dirigida com os estudantes do segundo e décimo período, utilizando-se para isso do mesmo instrumento aplicado com os professores. Os dados da pesquisa sugerem que os estudantes fazem distinção entre a formação teórica e a formação pessoal, sendo a dimensão ética da formação voltada para o cuidado de si mesmo; assim, como, também, para o conhecimento do código de ética específico de cada abordagem. Os professores que atuam como supervisores, em contrapartida, apontaram a postura ética como sendo mais importante, uma vez que esta postura leva à busca por subsídios técnicos.

Já Geraldini (2012), embasado na obra de Foucault: “As palavras e as coisas”, irá debater sobre a múltipla formação da psicologia na esfera do saber. Seu objetivo de estudo é compreender a constituição da psicologia enquanto campo de saber a partir do nascimento do homem, enquanto categoria analítica, e das Ciências Humanas enquanto área de produção de conhecimento na História do Pensamento Ocidental. Para isto, lançará mão de algumas características da abordagem arqueológica afim de situar o leitor nas múltiplas transformações e engendramentos ocorridos nos sistemas de pensamento e saberes produzidos no Renascimento do Século XVI, passando pelo Classicismo dos Séculos XVII e XVIII, chegando até a Modernidade. O autor apresenta com maestria a lógica de pensamento

vigente em cada tempo histórico, distinguindo-os de acordo com sua episteme – ou seja, segundo o conjunto básico de regras que governam a produção de discursos em uma determinada época. Finaliza esclarecendo como a psicologia se construiu a partir dos saberes da Modernidade, firmando-se enquanto estratégia e técnica de governo.

Por fim, Passos e Carvalho (2015), irão debater a formação dos profissionais de saúde em artigo intitulado: “A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum”. A perspectiva apresentada pelos autores do referido artigo traz uma compreensão ampliada da noção de formação afirmando-a a partir das práticas e desafios cotidianos do SUS. Uma das principais questões pontuadas – central para a problematização dessa prática e desse cotidiano – é a necessidade de se definir quem é o sujeito do SUS, quem é seu protagonista. A partir dessas problematizações, os autores irão então discutir como os problemas e desafios do cotidiano não devem ser imputados tão somente como falhas de atuação e de práticas insatisfatórias por parte dos profissionais de saúde.

Outrossim, esses desafios revelam determinadas concepções de trabalho e formas de organização e gestão do cotidiano. Encará-los como atitudes localizáveis no comportamento individual, ou individualizar o problema, levaria a prescrições de “certos modos” de fazer moralizantes. Nessa perspectiva, a formação tornar-se-ia um instrumento pedagógico de correção e adequação de condutas. Na contramão dessa leitura tradicional, Passos e Carvalho (2015) apontam que o SUS tem buscado, em consonância com seus pressupostos ético-políticos, métodos de inclusão, nos quais, a gestão seja pensada como inseparável do cuidado e da formação. Um de seus principais métodos é o da inclusão no qual não se separa gestão da atenção, e os processos de comunicação estão para além da hierarquia e do corporativismo. Aqui, assim como no artigo de Ferreira Neto (2008), é possível perceber a concepção postulada pelo paradigma da implicação, vista no artigo de Nascimento, Manzini e Bocco (2006), acerca da necessidade de questionar as práticas em saúde a fim de produzir desvios e rotas inventivas.

2.3.2. – Psicologia, Saúde e Foucault (Biopoder, Governamentalidade e Cuidado de Si)

O presente conjunto de descritores é formado por um total de treze referências, composta por dez estudos teóricos (Silva, 2005; Ramminger & Nardi, 2008; Bernardes & Quinhones, 2009; Machado & Lavrador, 2009; Junges, 2011; Furtado & Szapiro, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Silva, 2012; Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva, 2014; Hillesheim & Bernardes, 2014), um estudo teórico-empírico (Bernardes, 2014), um relato de experiência (Peres, 2010) e uma dissertação de mestrado em psicologia (Veiga, 2010). Assim como no conjunto de descritores anterior, não foram encontrados, dentre os estudos selecionados pelos critérios de inclusão, nenhum estudo de revisão sistemática da literatura para este arranjo.

O termo Foucault ao ser correlacionado com os termos Psicologia e Saúde possibilitou o encontro de artigos os quais problematizam cenários e práticas de atuação em psicologia e saúde a partir do biopoder, da governamentalidade e do cuidado de si. Por este motivo, como outrora explicado, faz-se necessário lembrar que dois artigos foram adicionados a essa composição por tratarem de temáticas em psicologia e/ou saúde, em uma perspectiva foucaultiana, a partir dos conceitos de governamentalidade e do cuidado de si. Estes foram o artigo de Bernardes (2014), intitulado “Perfil epidemiológico e práticas de saúde: reflexões sobre uma genealogia do cuidado”, o qual versa sobre a relação entre epidemiologia e cuidado de si. E, o artigo “Território e nomadismo: a saúde em questão”, de Hillesheim e Bernardes (2014) o qual debate a noção de território em saúde pública enquanto estratégia de governo das populações.

Deste modo, das treze publicações encontradas para o presente arranjo de descritores, um total de oito artigos analisam as práticas em psicologia e saúde a partir do biopoder, em suas dimensões anatomopolítica e biopolítica (Silva, 2005; Bernardes & Quinhones, 2009; Peres, 2010; Junges, 2011; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Furtado & Szapiro, 2012; Silva, 2012; Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva, 2014). Seis artigos debatem as práticas em psicologia e saúde a partir do conceito de governamentalidade proposto por Foucault (Ramminger & Nardi, 2008; Bernardes & Quinhones, 2009; Veiga, 2010; Peres, 2010; Bernardes, 2014; Hillesheim & Bernardes, 2014). E, por fim, três artigos fizeram uso do conceito de cuidado de si foucaultiano para problematizar a saúde e a

psicologia na atualidade (Ramminger & Nardi, 2008; Machado & Lavrador, 2009; Bernardes, 2014).

Nas cinco referências cujo tema central é a Psicologia e/ou a Psicologia em interface com a Saúde, a Psicologia é apresentada como um campo de saber e prática, responsável por criar e legitimar regimes de verdade assim como, também, por desenvolver tecnologias de governo (Veiga, 2010; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012). Isso se deve pois, segundo Foucault “a psicologia enquanto discurso e prática social, se instaura na sociedade disciplinar com um saber cujo objeto é a alma, tendo como incumbência gerenciar as práticas de normatização” (Silva, 2012, p.713). As tradicionais práticas psicológicas organizaram-se a partir da produção de saberes os quais supõem a existência de verdades absolutas acerca da experiência subjetiva e de um sujeito dotado de um mundo interno (Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Silva, 2012).

Destarte, a interface entre a Psicologia e a Saúde é pensada como uma nova área de estudos e problematizada como campo de atuação em expansão (Silva, 2005) cuja prática – a depender de como conduzida – pode vir a ser destinada ao controle dos sujeitos por meio do biopoder (Guareschi, Azambuja & Lara, 2012). De acordo com Silva (2012), a este campo convencionou-se chamar de Psicologia da Saúde, o qual destaca a importância dos comportamentos de prevenção e cuidados com a saúde (Silva, 2005; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Silva 2012).

A saúde, enquanto objeto de estudo e temática de análise é, por sua vez, posta em xeque em sua atual definição a fim de visibilizar o processo sócio histórico de construção de seus distintos paradigmas e noções (Silva, 2005; Bernardes & Quinhones, 2009; Machado & Lavrador, 2009; Junges, 2011; Furtado & Szapiro, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Bernardes, 2014; Hillesheim & Bernardes, 2014). Diferentes marcos históricos são assentados enquanto condições de emergência e possibilidade para produção das concepções e práticas em saúde. No Brasil, a Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde são debatidas como movimentos engendrados a partir da década de 1970, os quais irão formular e propor um novo projeto político responsável por articular saúde, cidadania e direito (Bernardes & Quinhones, 2009; Furtado & Szapiro, 2012; Silva, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Hillesheim & Bernardes, 2014). A criação do Sistema Único de

Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1989 e sua regulamentação em 1990 também são sinalizados como demarcações importantes para a concepção da saúde como direito (Bernardes & Quinhones, 2009; Furtado & Szapiro, 2012; Silva, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Bernardes, 2014; Hillesheim & Bernardes, 2014). No mundo, os movimentos como a divulgação do Informe Lalonde (1974) junto às Conferências Internacionais sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), Promoção de Saúde (1986) são sinalizados como propulsores de novas concepções e práticas em saúde (Bernardes & Quinhones, 2009; Furtado & Szapiro, 2012; Silva, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Bernardes, 2014; Hillesheim & Bernardes, 2014).

As noções e os principais paradigmas em saúde são debatidos por Silva (2005; 2012) em dois artigos. No primeiro artigo, intitulado “A psicologia na saúde: entre a clínica e a política”, Silva (2005) parte de resultados de pesquisas empíricas para sugerir que ainda há por parte de psicólogos certa dificuldade em nomear com clareza o conceito de saúde. Neste sentido, o artigo acima mencionado, visa problematizar – a partir de Georges Canguilhem (1904-1995) e Michel Foucault (1926-1984) – a construção histórica das noções de saúde apresentando os efeitos de cada paradigma sobre as práticas médicas e clínicas em geral.

A partir das críticas feitas por Canguilhem (1904-1995) ao conceito de saúde – considerado um conceito normativo e ideal –, Silva (2005) irá debater a relação entre a clínica e o sujeito. Na sequência, utilizando-se do arcabouço teórico foucaultiano, desenvolve uma análise da relação saúde e poder ocasionados por eventos históricos considerados como condição de possibilidade para o nascimento da Medicina Social. A Medicina do Estado (do final do século XVI e início do século XVII) e a Medicina Urbana (em fins do século XVIII, na França), são apontadas na qualidade de propulsoras dos eventos que culminam na Medicina Social.

No segundo artigo intitulado “Mudanças no campo da saúde e impactos para a psicologia”, a mesma autora irá debater acerca de como as mudanças ocorridas no campo da saúde, a partir da década de 1970, colocaram para a psicologia questões de caráter epistemológico, político e técnico. Por isso, uma série de questões são propostas a fim de nortear sua escrita. Primeiramente, Silva (2012) examina o papel político da psicologia nesse novo cenário e, por fim, trata sobre as atribuições da prática profissional que estão sendo

exigidas nesse contexto de mudanças. Esclarece que, por volta de 1974, com a divulgação do informe de Lalonde “*a new perspective on the health of canadians*”, teve-se o início do moderno movimento de promoção da saúde. Esse movimento foi composto por uma série de conferências internacionais responsáveis pela ampliação do conceito e de práticas em saúde.

A promoção de saúde é apresentada, a partir de uma perspectiva foucaultiana, enquanto combinação de estratégias de ações que envolvem o Estado, a comunidade, os indivíduos e as parcerias intersetoriais. Apesar de considerar os avanços trazidos pelo discurso da promoção de saúde, Silva (2012) faz críticas ao fato de o mesmo reforçar perspectivas de individuação que conclamam a autonomia, mas que, em contrapartida, delegam cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais a tarefa de cuidarem de si mesmos.

De modo geral, alicerçados na perspectiva foucaultiana, o Biopoder, é apresentado e compreendido pelos autores dos artigos enquanto investimento na vida e/ou poder sobre a vida (Junges, 2011; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012; Furtado & Szapiro, 2012; Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva, 2014). Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva (2014), irão conduzir uma genealogia do biopoder, apresentando para isto marcos históricos tal como discutidos por Foucault, com a finalidade de debater as condições de emergência para as práticas disciplinares e regulamentadoras dos corpos e das populações. Guareschi, Azambuja & Lara (2012) enfocam na saúde enquanto parte das estratégias do biopoder sobre a gestão da vida. Junges (2011), partindo da noção de biopoder foucaultiano, irá debater a utopia da saúde perfeita transformada em mercadoria de consumo na modernidade tardia, sendo esta considerada uma estratégia e modo de agenciamento de novas subjetividades. E, por fim, Furtado e Szapiro (2012), traçam um panorama histórico-conceitual da promoção de saúde apresentando as condições de possibilidade para o surgimento de práticas de promoção as quais são identificadas enquanto formas de regulação dos corpos.

Junges (2011), desenvolve uma análise acerca do surgimento da bioética com a finalidade de mostrar que, desde seu surgimento, a mesma está ligada à constituição do biopoder. Para isto, remete aos sentidos atribuídos pelos gregos para designar vida; o primeiro sendo *Zoé* referindo-se à vida biológica, comum entre animais e homens; e, o segundo, à *Bios*, que significa a vida especificamente humana em sua dimensão moral e

política. Baseado em Foucault, o autor, explica que, até a modernidade, a vida biológica e física (*Zoé*) eram assuntos do âmbito privado; enquanto que a dimensão moral e política (*Bios*) da vida eram de interesse público. A partir da modernidade, a dimensão biológica e física da vida integra-se à soberania e poder do Estado recebendo investimentos e se tornando alvo de estratégias políticas para a sua gestão.

A gestão da vida, torna-se, assim, formada por dois polos: o primeiro é constituído pelo polo da disciplina sobre os corpos individuais, ou a anátomo-política, e o segundo pelo polo da regulação biopolítica das populações. Em uma perspectiva foucaultiana, considera-se, pois, que a função do poder passa a ser, a partir da Modernidade, a de investimento sobre a vida em suas duas dimensões (Junges, 2011). De acordo com Junges “no momento que começa a existir uma gestão biopolítica da vida, as ações correspondentes são carregadas de intencionalidades e valores sendo passíveis de avaliação ética” (2011, p. 174). Por isso, o autor problematiza as principais manifestações e incidências, na atualidade, do biopoder na saúde. Na pretensão dos indivíduos perfeitamente saudáveis foram apartadas da noção de saúde toda associação possível com doença, morte e envelhecimento construindo não apenas produtos a serem consumidos, mas, principalmente, novos sujeitos na saúde (Junges, 2011). Na modernidade tardia, a higiomania – utopia da saúde perfeita – transformou a saúde em uma ideologia de consumo tornando-a uma mania cultural coletiva.

Furtado e Szapiro (2012), irão problematizar as práticas em saúde a partir dos efeitos oriundos da ampliação das noções de saúde e do discurso de promoção. Estes, partem do debate sobre a busca por uma saúde perfeita e a preocupação em viver uma vida saudável – a partir de prescrições e recomendações dos discursos e práticas médicas – a fim de analisar a produção de padrões de saúde e de modos de viver a vida. Refletem sobre como o discurso sanitário, advindo das mudanças sociais, coengendrou, conjuntamente a outros movimentos, mudanças no que diz respeito às concepções sobre saúde e doença, assim como, também, sobre normal e patológico. O discurso sanitário é apresentado como uma formulação nas ações e práticas médicas, não apenas prevenindo e evitando doenças, mas promovendo saúde.

Apesar dos inquestionáveis avanços no que concerne às práticas médicas e de saúde, uma das implicações do discurso sanitário é o crescimento frenético de um mercado de produtos pensados e comercializados para fins de consumo, os quais produzem estilos de

vida padronizados e regulados. Por este motivo, os autores põem em xeque a constituição do discurso da promoção de saúde a fim de problematizar seus efeitos. Indicam, ainda, que podemos encontrar no discurso da promoção de saúde, mecanismos de regulação próximos ao conceito de biopolítica tal como formulado por Foucault, uma vez que saúde passa a significar o acesso a alimentação e nutrição saudáveis, a moradia e saneamento, renda, boas condições de trabalho, felicidade, oportunidades de educação, justiça social etc. Ou seja, à gestão da vida (Furtado e Szapiro (2012).

Guareschi, Azambuja e Lara (2012) partirão dessa mesma concepção foucaultiana de poder no artigo intitulado: “Biotecnologias e a (r)evolução nos modos de subjetivação”, para tratar dos processos de subjetivação produzidos pelas práticas psicológicas a partir das relações de poder-saber na saúde. Fundamentados na concepção de biopoder foucaultiana, a saúde é vista enquanto uma estratégia de governo das populações responsável por gerir a vida em seu cotidiano, buscando maximizá-la e potencializá-la. De acordo com os autores, a partir dos movimentos sociais ocorridos nas décadas de 1960 e 1970, paulatinamente, saúde passa a significar vida “remetendo ao modo como as pessoas experienciam o mundo e como se relacionam com ele” (Guareschi, Azambuja & Lara, 2012, p.8). Em um sentido ampliado, a saúde como vida permite uma forma muito mais eficaz e complexa de governo; não apenas sobre processos biológicos, mas, também, sobre o subjetivo, o social e o afetivo (Guareschi, Azambuja & Lara, 2012).

Com a finalidade de produzir sujeitos autônomos, práticas psicológicas emergem construindo diferentes classificações e medidas, e produzindo, em contrapartida, saberes sobre um sujeito dotado de um “mundo interior”. Estas produções oportunizaram, de acordo com os autores, uma experiência de interioridade destinada, igualmente, ao controle. Deste modo, apesar da busca ser por produzir “sujeitos autônomos” estes deveriam procurar enquadrar-se em todas as características apregoadas pelos saberes e práticas psicológicas a fim de alcançar os modelos de mentalidades, afetos, relações e comportamentos ideais, propostos e legitimados (Guareschi, Azambuja & Lara, 2012). Esses modelos tornar-se-iam a norma e o padrão para todas as experiências e, por conseguinte, todos os sujeitos.

Já o artigo intitulado: “As relações de poder e a práxis informacional em saúde” (Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva, 2014) abordará a questão do biopoder

a partir das tecnologias informacionais. Neste, a informação em saúde é dita como um campo de saber possível de ser compreendido através de duas grandes correntes; uma, cuja visão é despolitizada/ tecnicista e, outra, cuja visão é mais politizada por entender o acesso à informação como produtor de cidadania. Os autores definem poder, a partir de Foucault, como sendo um conjunto heterogêneo que abarca discursos, instituições, organizações, normas, leis, enunciados científicos, filosóficos e morais. Todos estes conectam-se e formam sobreposições de atuações, criando uma rede de dispositivos os quais intervém, sem limites, no corpo e no cotidiano dos indivíduos. Afirmam, ainda, a ação dispersiva do poder por não existir enquanto coisa e nem, tampouco, estar fixado em um lugar. Ao contrário, o poder é pensado e debatido enquanto forma dispersiva de práticas e/ou relações (Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, Bernardes & Silva, 2014).

O artigo “Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault”, de Ramminger e Nardi (2008), diz respeito a um estudo sobre as relações entre saber, poder e subjetivação. Este comporta problematizações acerca do “modo de governo contemporâneo e de como este produz sujeitos, práticas e saberes no campo do trabalho” (Ramminger & Nardi, 2008, p. 340). Ramminger e Nardi (2008), propõem pensar o trabalho não apenas a partir das formas de assujeitamento, mas com base em seu potencial de resistência e possibilidades de transgressão e criação de outros modos de lidar com as normas. Iniciam a análise dessas relações propondo uma distinção conceitual muito cara à psicologia que é o da subjetividade e suas derivações. Questiona se subjetivação, sujeito, modos e processos de subjetivação podem ser considerados enquanto sinônimos e, sinaliza, em contrapartida, para a subjetividade como um conceito estratégico por permitir pensar a indissociabilidade entre indivíduo e sociedade, individual e coletivo, dentro e fora, interior e exterior. Neste sentido, os autores irão refletir sobre os modos e processos de subjetivação oportunizados pelo trabalho.

Baseados em uma perspectiva foucaultiana, os modos de subjetivação dizem respeito às formas predominantes pelas quais, em um determinado momento histórico, os trabalhadores se relacionam com o regime de verdades que atravessa seu trabalho. Já o processo de subjetivação concerne à maneira particular como cada um estabelece essa relação em sua trajetória pessoal. Sustentam que as técnicas de dominação e as técnicas de si,

presente nos modos e processos de subjetivação no trabalho, devem ser levados em conta a fim de se entender o sujeito contemporâneo (Ramminger & Nardi, 2008).

As práticas de governo sobre as mentalidades, afetos, relações e comportamentos são exploradas por Bernardes e Quinhones (2009), em artigo intitulado “práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade”. Neste artigo, os autores reportam-se à saúde como uma estratégia de controle e governo da vida em razão de seus efeitos econômicos. Alicerçados sobre o construcionismo e pós-estruturalismo, compreendem que os sentidos dados às experiências se tornam realidade justamente por serem uma produção coletiva naturalizada como verdade. No caso da experiência de interioridade, por exemplo, a vivência de um mundo interno e de uma vida privada, seria o resultante de palavras e sentidos que vão tornando essa experiência uma realidade (Bernardes & Quinhones, 2009). Isso ocorre posto que as práticas forjam, no cotidiano, modos de compreensão para hábitos e comportamentos ao mesmo tempo em que as produz. Toda prática traz em si um campo de verdade, ou seja, um “campo de produção de sentidos com materialidades específicas” (Bernardes & Quinhones, 2009, p. 155). Todavia, a diversidade nas formas de viver a vida, apresentam-se, permanentemente, como invenção de novas modalidades e experiências, escapando às formas de governo instituídas pelos campos de verdade.

É a partir dessa perspectiva de análise que os autores irão problematizar as práticas de liberdade como modos de contestar – através de pequenos atos no cotidiano – os modos de vida impostos pela cultura, e de visibilizar outros modos de vida que não os instituídos. No âmbito da saúde, a reforma sanitária é apresentada como um exemplo de práticas de liberdade por se tratar de um movimento social – organizado paulatinamente entre sociedade civil e trabalhadores da saúde – que emergiu na década de 1970 como resposta à precarização das condições de saúde da população (Bernardes & Quinhones, 2009). De igual modo, a reforma sanitária é apresentada como literatura menor, no sentido proposto por Guattari e Deleuze, enquanto linha estrangeira e processo de produção e engendramento de outros sentidos que não aqueles estabelecidos formalmente pela cultura.

2.4. Considerações e Direcionamentos

A partir dos achados da pesquisa de revisão sistemática da literatura, pode-se constatar o seguinte panorama: 1. A formação *em* Psicologia é pensada tanto na perspectiva da conclusão de um curso universitário (Ferreira Neto & Penna 2006), quanto na perspectiva dos processos de subjetivação e como a prática profissional forja *modos* de ser psicólogo (Ferreira Neto 2008; Nascimento, Manzini & Bocco, 2006; Passos & Carvalho, 2015). 2. A formação *da* Psicologia, enquanto campo de saber e área de atuação, é problematizada, em uma perspectiva foucaultiana, na qualidade de discurso e prática social que legitima regimes de verdade e forja técnicas de governo (Silva, 2005; Veiga, 2010; Silva, 2012; Guareschi, Azambuja & Lara, 2012).

No que se refere à interseção entre Psicologia e Saúde, faz-se mister ressaltar que dentre os estudos voltados para a atuação do psicólogo na saúde, todos focalizam a prática à nível de atenção básica (primária e secundária). Não foram encontradas referências (nenhum estudo teórico, teórico-empírico e/ou relato de experiência) que contemplasse a atuação da psicologia em saúde à nível de atenção terciária, em instituições hospitalares. No entanto, essas mesmas publicações levantam questionamentos interessantes acerca dos modos de condução de profissionais de psicologia em instituições de saúde e da necessidade de se repensar e reinventar as práticas psi ditas tradicionais (Silva, 2005; Nascimento, Manzini & Bocco, 2006; Silva, 2012). Isto ocorre, pois, porque as práticas são compreendidas tanto como técnicas de governo dos outros como técnicas de governo de si (Ramminger & Nardi, 2008; Bernardes & Quinhones, 2009).

É provável que a ausência de publicações sobre a atuação em psicologia da saúde à nível terciário e em uma perspectiva foucaultiana se deva ao fato de, no Brasil, haver uma distinção entre a Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar, cada uma considerada uma especialidade da Psicologia e área de atuação específica (Lopes, 2012). De igual modo, pode indicar também que, ao menos nas bases pesquisadas, as publicações sobre a prática hospitalar se inserem em um escopo de leitura mais tradicional – não foucaultiano. E, por isto, não sendo contempladas no presente estudo uma vez que objetivava-se fazer leituras

foucaultianas – fundamentadas nas noções de governamentalidade e cuidado de si – das práticas em psicologia na saúde.

Os achados do levantamento realizado neste capítulo permitiram, deste modo, a construção de algumas linhas de orientação e direção para a pesquisa empírica posteriormente conduzida. A primeira é a de que, ao falar-se sobre formação *em* psicologia o enfoque centra-se na perspectiva dos processos de subjetivação e em como a prática profissional forja *modos* de ser psicólogo. A segunda orientação diz respeito a formação *da* psicologia como campo de saber e área de atuação que legitima regimes de verdade e forja técnicas de governo (de si e dos outros). Desse modo, o uso do termo formação é considerado a partir de como a atuação de profissionais de psicologia em saúde, em instituições hospitalares, forja (ou seja, forma, produz) estéticas da existência. Assim, nos capítulos que se seguem, problematizar-se-á a atuação de psicólogos/as em saúde (à nível terciário) a partir de experiências narrativas coengendradas através da condução de entrevistas narrativas em encontros com a pesquisadora responsável pela condução da presente Tese e registradas em diário de campo.

III. PERCURSO METODOLÓGICO: *Caminhos, rotas, entornos e desvios seguidos*

3.1. **HÓDOS-META: a inversão do método**

Partindo do objetivo geral da tese, a saber: problematizar a atuação de psicólogos/as em saúde analisando as práticas de governamentalidade e de cuidado-de-si; e dos objetivos específicos: 1. Identificar as concepções de saúde e doença nos discursos de psicólogos/as, 2. Identificar os modelos de saúde predominantes nos discursos de psicólogos/as, 3. Analisar os posicionamentos e as posturas adotados em relação à profissão, aos pares, aos pacientes, à equipe multiprofissional e à instituição de saúde, 4. Analisar os modos de conduzir a si mesmos e aos outros a partir das concepções de saúde e doença, e dos modelos predominantes em seus discursos; apresentar-se-á, neste momento, o percurso metodológico responsável pela construção de caminhos, rotas, entornos e desvios seguidos.

A escolha do caminho a ser percorrido nasce junto com o caminhar. O caminhar produz o caminho e o possibilita. Ao invés de trilhas seguras e estradas retilíneas, o caminhar evidencia terrenos acidentados formados por elevações, erosões e vales. A espessura do território impõe o ritmo, e apresenta demandas para o percurso. No fazer científico não é diferente. Caminhar fala de um modo próprio de fazer escolhas e tomar decisões diante das afetações sofridas pelas travessias de outros muitos caminhos que se apresentam enquanto possibilidade *na prática e para a pesquisa*.

Caminhar é experimentar. Não como no ideal do paradigma e tradição da ciência moderna, cartesiana, de separação entre sujeito e objeto de pesquisa; colocando à prova hipóteses através da manipulação de variáveis visando a validade e generalização dos resultados (Barros & Kastrup, 2014). Da redução e disjunção do objeto, dividindo-o em categorias de análise, em uma visão ordenada e simplificada da realidade (Romagnoli, 2009). Mas, sim, enquanto *experimentação*. Criação. Ou seja, o experimentar de ações criativas frente a especificidade e singularidade do objeto em estudo (Alvarez & Passos, 2014), o qual se apresenta como fenômeno complexo (Vasconcelos, 2002).

Caminhar e pesquisar se fazem sinônimos. Denotam ações. Demandam escolhas de rotas, leituras e análise de territórios. Pesquisar produz saberes localizáveis e provisórios a partir

dos caminhos elegidos e traçados, impondo a necessidade de uma pluralidade metodológica (Romagnoli, 2009).

Enquanto ação criativa, a *experimentação* do fazer científico denuncia o processo de constante produção, assim como a inventividade contínua de toda prática científica (Barros & Kastrup, 2014). E, portanto, impõe um modo de fazer e pensar a pesquisa que seja compatível com o paradigma que a sustenta e a filosofia e perspectivas teóricas que a compõe. O qual, no caso da presente tese, é o paradigma da complexidade (Morin, 2000; Morin, 2001), a filosofia da diferença (Laruelle, 1989; Peters, 2000; Schöpke, 2004; Deleuze & Guattari, 1993) e a perspectiva pós-estruturalista (Peters, 2000); mais especificamente, a teoria Foucaultiana da estilística da existência (Foucault, 2007a, 2007b, 2007c).

3.2. Diretrizes Cartográficas: *Traçados dos modos de fazer-pensar a pesquisa.*

O percurso metodológico, hora apresentado, evidencia um modo singular de fazer e pensar a pesquisa de inspiração cartográfica (Romagnoli, 2009; Ferigato & Carvalho, 2011; Martines, Machado & Colvero, 2013). Enquanto ferramenta de investigação, a cartografia – referenciada na filosofia da diferença e no pós-estruturalismo –, inverte os modos de condução da pesquisa rompendo com uma concepção tradicional do *saber-fazer* científico para uma outra pautada no *fazer-saber* (Barros & Kastrup, 2014).

Na perspectiva cartográfica, o método não mais é concebido como estando pautado em um conhecimento apriorístico, um fato ou premissa dada sobre um objeto, explicitado através de passos previamente bem delineados como vistos nas etapas de coleta e análise dos dados. Pelo contrário. Enfatiza-se a dimensão processual e dialógica da construção do método em um *fazer-saber* (Ferigato & Carvalho, 2011) com repercussões sobre a ideia de objeto e da relação do pesquisador com o seu campo (Romagnoli, 2009).

Mais do que procedimentos metodológicos pautados em um conhecimento que dita um modo de fazer específico, a cartografia diz respeito a uma outra possibilidade de conhecer para além da racionalidade e rigor propagado pelo paradigma moderno. Fugindo dos formalismos e prescrições comumente atrelados à metodologia e ao percurso metodológico,

tradicionalmente compreendido enquanto caminho pré-existente para se chegar a um determinado conhecimento. Em contraposição, a cartografia afirma a diferença, supera as dicotomias, e insiste na complexidade e na articulação dos saberes na tentativa de favorecer estratégias e procedimentos investigativos abertos e inventivos (Ferigato & Carvalho, 2011).

Logo, em consonância com o posicionamento epistemológico e paradigmático da pesquisa, a presente tese se sustenta em três diretrizes centrais: 1. O caráter indeterminado e contingencial do objeto de pesquisa, sendo este considerado enquanto *objeto-problema* e *objeto-processo*; 2. O caráter interventivo e produtivo das ações da pesquisadora e dos instrumentos de pesquisa; e, 3. O caráter contingencial das narrativas *na/* da pesquisa (Passos, Kastrup, & Tedesco, 2014). Todas estas em consonância com o pensamento e a lógica foucaultiana.

Estas três diretrizes são consideradas interdependentes e complementares, servindo-nos como fio condutor para a construção de um modo de *fazer-pensar* singular do método. Ou, como apontado por Tedesco, Sade e Caliman (2014), na inversão do sentido etimológico da palavra método: o *hódos-meta*, o qual aponta para a experimentação do pensamento e das técnicas a partir do caminho e do caminhar. Funcionando como um conjunto de pistas sobre o modo de agir, delineando traços e contornos, das posturas e posicionamentos da pesquisadora responsável por sua realização.

3.2.1. DIRETRIZ 1: O caráter indeterminado e contingencial do objeto de pesquisa

A primeira diretriz, apoia-se no pressuposto de um mundo de potências e devires, marcado por indeterminações e condições de possibilidades, enfatizando o caráter amplo e aberto do *ser*. É este caráter que produz questões que emergem da prática e apresentam desafios para a produção do conhecimento científico (Vasconcelos, 2002). Não se trata de um conjunto fechado de proposições sobre o objeto, antes evidencia a multiplicidade dos sentidos, da compreensão dos paradoxos, e dos arranjos que lhes são possíveis (Fonseca & Costa, 2013), fazendo emergir as noções de *objeto-problema* e *objeto-processo*.

A noção de objeto-*problema* põe em xeque a definição moderna de objeto pautada em uma concepção do *ser* dotado de uma essência permanente, constituído por contornos identitários rígidos e fixos, passível de objetificação, investigação e medição. A compreensão do objeto de pesquisa enquanto objeto-*problema* desestabiliza os contornos identitários naturalizantes, e afirma a produção contingencial do *ser* a partir dos agenciamentos, os quais produzem *modos de ser* e constituem *estilísticas* da existência (Fonseca & Costa, 2013). Em consonância à ideia do objeto-*problema* está a concepção do objeto-*processo* o qual afirma a processualidade da produção de subjetividades (Barros & Kastrup, 2014).

Ao invés das essências e das substâncias (Silva, 2002) sublinhamos e reforçamos o entendimento dos fenômenos humanos não como fatos e premissas dadas, mas sim como sendo multideterminados, multidimensionais e em interação com o seu contexto e tempo sócio histórico. São estas mesmas forças e vetores que os constituem enquanto processos complexos de investigação (Tedesco, Sade, & Caliman, 2014; Vasconcelos, 2002) demandando da pesquisadora uma *postura* e um *manejo* cartográficos no sentido de possibilitar o tensionamento e o desmantelamento das noções rígidas dos objetos e de suas fronteiras (Fonseca & Costa, 2013).

Por isto, insistimos nas forças, vetores e intensidades presentes no objeto-*problema*, também compreendido enquanto objeto-*processo*, em estudo. Pensar em objeto-*problema*, ou objeto-*processo*, ao invés de objeto-*fato* (demarcado por naturezas dadas, com contornos precisos e atemporais), sinaliza a dinamicidade e processualidade da realidade composta por diferentes dimensões e planos, muitas vezes conflituosos. Ao considerarmos a realidade enquanto processo produzido por múltiplos discursos sociais – agenciadores de redes de significação a partir das quais nos posicionamos e falamos –, buscamos sinalizar e enfatizar a presença das incertezas, bifurcações, rupturas e das descontinuidades na produção do conhecimento (Barros & Kastrup, 2014). O conhecimento é, pois, aqui entendido, como um processo de construção coletiva e não como a representação individual e pessoal da realidade (Kastrup & Passos, 2014b).

As concepções de *problema* e *processo* imprimem na pesquisa uma noção de *processualidade* a qual rompe com a pretensão de desvelar e/ou desvendar um conhecimento sobre o objeto, como se fosse um dado pronto e acabado passível de ser capturado,

processado e conhecido. Deste modo, não há por parte da pesquisadora a pretensão de apreender o objeto. Antes, enfatiza-se o caráter criativo e inventivo da pesquisa a partir do pressuposto que conhecer é *criar* (Silva, 2002). Outrossim, pretende-se contribuir para a produção e criação do conhecimento sobre o objeto em questão. Construindo saberes e posições-de-sujeito localizáveis, possíveis de intervenção e ação criativa, e isto partindo da provisoriedade e inventividade dos fenômenos humanos tal como pensados na cartografia (Martines, Machado & Colvero, 2013).

3.2.2. DIRETRIZ 2: O caráter interventivo e produtivo das ações da pesquisadora e dos instrumentos de pesquisa

O *hódos-meta* imprime um estilo artesanal à pesquisa, e às ações da pesquisadora, situado e localizado em um tempo sócio histórico e em uma geografia particular. Artesanal por se tratar de uma ação criativa entrelaçada e possibilitada pelo encontro entre a pesquisadora e as/os participantes da pesquisa; encontro este que ocorre em um espaço intersubjetivo. Compreendendo por intersubjetivo o espaço que possibilita a construção de redes de comunicação entre singularidades heterogêneas, permitindo traçar um plano comum em meio a realidade de quem pesquisa e de quem participa enquanto pesquisado (Kastrup & Passos, 2014).

Importa ressaltar que o plano *comum* do espaço intersubjetivo não é dado *a priori*, nem, tampouco, fala sobre relações de semelhanças e identidades. Antes, porém, o *comum* do intersubjetivo diz de um espaço coengendrado por ambos, pesquisadora e participante (s), o qual se aprofunda e se enriquece a partir da experiência do/ no encontro com todas as suas possibilidades e vicissitudes de criação (Barros & Kastrup, 2014). Será este mesmo plano *comum* do espaço intersubjetivo que proporcionará a construção e a coemergência do estranhamento, da atitude de disponibilidade, e a atenção flutuante da pesquisadora; fundamentais para o processo do trabalho no campo.

De acordo com Barros e Kastrup (2014), a ida ao campo envolve a interrupção do modo corriqueiro de pensar a vida. É esta interrupção que proporciona o experimentar do

estranhamento, uma vez que o contato direto com as pessoas e seus territórios existenciais oferece atrito. Neste contexto de atrito e estranhamento, muitas vezes, as experiências são percebidas como sem sentido imediato e experimentadas como fragmentadas. Sendo este um dos principais desafios da pesquisadora no campo: evitar uma atitude de busca por informações *dadas*, favorecer a interrupção de um modo próprio de pensar e apresentar abertura para o encontro com heterogêneos (Barros & Kastrup, 2014).

Deste modo, a atitude de disponibilidade é compreendida como uma produção *do/ no* encontro a partir da exposição ao campo de forças e à experiência de se deixar levar pelo inesperado (Barros & Kastrup, 2014; Kastrup, 2014). Esta mesma abertura produzida pelo estranhamento favorece e convoca a atenção, desmontando uma provável concentração e focalização em aspectos específicos e esperados do objeto possibilitando, assim, a emergência dos movimentos e da processualidade em curso (Kastrup, 2014).

Por isto, compreender-se-á as ações da pesquisadora, e dos instrumentos utilizados, a partir do seu caráter *processual* (Kastrup & Passos, 2014) e das escolhas que ocorrerão face às particularidades de cada situação (Tedesco, Sade, & Caliman, 2014). O entendimento processual da realidade imprime uma concepção de processualidade, a qual busca destacar a produção e criação das redes de forças inerentes ao objeto-*problema* em questão, e evidenciar suas modulações e movimentos permanentes (Barros & Kastrup, 2014).

A ida ao campo oportuniza o encontro com diferentes processos em curso. Processos estes considerados em sua condição de plasticidade, flexibilidade e inventividade. Processos de produção de subjetividades com articulações históricas e conexões com o contexto que o circunscribe (Barros & Kastrup, 2014; Martines, Machado & Colvero, 2013).

Distinguindo-se e afastando-se da lógica do processamento de informações a qual advoga um conhecimento preexistente a ser processado, a destinação dada aos instrumentos elegidos para compor o percurso metodológico, e o modo de *fazer-pensar* da tese, apontam para a desconstrução de pressupostos tradicionais do conhecimento científico enraizado no ideal moderno de inteligibilidade dos dados (Barros & Passos, 2014). Responsável por sustentar o fazer científico a partir dos binarismos e das dicotomias: “*objeto científico-cientista*”, e “*sujeito-objeto do conhecimento*”, o ideal de inteligibilidade sustenta-se e opera a partir da

lógica da purificação dos objetos e do controle e isolamento de suas variáveis (Barros & Kastrup, 2014).

Em contrapartida, buscando dar visibilidade às práticas de pesquisa que se distinguem das da ciência moderna, os instrumentos e ferramentas elegidos para a realização de uma pesquisa de orientação ou diretrizes cartográficas são considerados enquanto *dispositivos* por manter-se em foco que tais operam práticas concretas e *produzem efeitos* sobre os objetos ou fenômenos estudados (Barros & Kastrup, 2014). Trata-se de uma perspectiva de ciência a qual coloca a pesquisa, seus instrumentos, e suas ações como instrumentos de transformação os quais criam novos problemas e exigem práticas originais. A proposta é sustentada pelo paradigma da complexidade e a filosofia da diferença os quais destacam o caráter inventivo e sócio históricos das técnicas de produção do conhecimento e das categorias “*objeto científico-cientista*”, e “*sujeito-objeto do conhecimento*”, sublinhando o caráter *político* de toda prática e fazer científico.

Deste modo, a tônica da processualidade estará presente ao longo de todo o percurso metodológico demandando a tomada de posição (ões) frente ao objeto e evidenciando seu caráter político. Isto porque, ao nos posicionarmos, colocamos em relação diferentes vetores, forças e jogos de poder, articulando-os com as normas e regras presentes em um determinado contexto de tempo e espaço (Passos & Barros, 2014a).

3.2.3. DIRETRIZ 3: O caráter contingencial das narrativas *na/* da pesquisa

A terceira diretriz sublinha a inseparabilidade entre o *modo de fazer-pensar* e o *modo de dizer* constitutivo à pesquisa e ao seu percurso metodológico (Passos & Barros, 2014a). Evidencia o ato da escrita e como este opera enquanto produção narrativa na forma de expressão do pensamento crítico sobre o objeto-*problema* e objeto-*processo* em estudo. Diz, ainda, de como estas narrativas falam de posições e posicionamentos ocupados permeadas pelo poder. Um poder não mais localizado em um único centro, ou unidade referência, mas perpassando as posições presentes através de micro relações as quais constituem uma

micropolítica (Foucault in Passos & Barros, 2014a). Logo, a terceira diretriz do percurso metodológico em questão diz respeito a construção de uma *política da narratividade*.

A *política da narratividade* visa destacar e evidenciar a produção das *posições narrativas* a partir das quais posicionamentos e posturas são adotados. Estas produções assinalam uma amplitude nas ações da pesquisadora e dos instrumentos enquanto dispositivos (Passos & Barros, 2014b). Logo, algumas questões iniciais se apresentam: Quais narrativas *irrompem* durante a pesquisa? Como as *narrativas da* pesquisa se engendram e fazem emergir a *experiência narrativa na* pesquisa? Quais elementos (vetores e forças) se unem para formar a teia de sustentação significativa às experiências narrativas? E, como os instrumentos deliberados para a produção e análise das narrativas propiciam este engendrar-se? Em primeiro lugar, diferentemente dos métodos tradicionais de pesquisa, os estudos de inspiração cartográfica consistem em acompanhar processos e não em apreender a natureza de objetos fixos e imutáveis (Barros & Kastrup, 2014). Logo, ao referir-se à etapa do estudo comumente nomeada como coleta e análise de dados, a pesquisa de inspiração cartográfica utiliza-se de termos como *colheita* e *produção* dos dados por se basear no pressuposto que as afetações do encontro produzem um coletivo de forças “à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (Barros & Kastrup, 2014. P.57). Desse modo, na presente Tese, ao invés do uso dos termos coleta e análise de dados, utilizar-se-á os termos *colheita* e *produção* das narrativas.

Para Martines, Machado e Colvero (2013) a processualidade está igualmente presente no momento da escrita e é a chave para a resposta aos questionamentos anteriormente apresentados. Isso significa dizer que ao invés de se partir da premissa e da lógica de uma escrita que se inicia apenas *após* a ida ao campo – com a finalização da colheita e produção das narrativas –, adota-se a perspectiva de um *movimento contínuo* onde os passos se sucedem sem se separar (Passos & Barros, 2014b). A escrita da narrativa, presente no método, assim como na tese, é uma escrita posicionada. Esta segue um certo modo de compreender o processo de produção autoral, evidenciando os posicionamentos *ético-estético-político* da autora; os quais se dão pela via da descontinuidade. Perde-se na escrita a lógica da linearidade e de suas etapas; de início, meio e fim, passando a considerá-las como

constitutivas de um mesmo processo dialógico sem ordenação aparente. O movimento da escrita é entendido como devendo acompanhar o próprio movimento de produção dos sentidos nos espaços comum e intersubjetivo, abrindo-se para outras vozes que não exclusivamente a do narrador. A polifonia se faz presente!

A ideia aqui é a de acompanhar a (s) narrativa (s) *na* pesquisa, problematizando como elas se produzem, como se coengendram. A saber, as experiências narrativas nas entrevistas; a experiência narrativa com a perspectiva teórica e com os autores de referência e a experiência narrativa da escrita da tese (estilística da autora). A multiplicidade de vozes engendra através do agenciamento coletivo uma dimensão expressa em um tipo *particular* de textualidade performativa (Barros & Kastrup, 2014; Barros & Passos, 2014).

A experiência narrativa, e sua performatividade, compõem a produção do percurso metodológico e da construção da tese, em si, e assinala o acompanhar da processualidade e a polifonia *na/* da pesquisa. Ou seja, o nexa fundamental a toda produção da presente tese estará pautado na *não fixação e não linearidade* da escrita, mas sim na descontinuidade necessária para evidenciar a dialogicidade e multiplicidade das vozes. Seguindo o exposto, a política da narratividade da presente tese, fundamenta-se na concepção da *descontinuidade narrativa* (Passos & Barros, 2014) e na formulação de um *texto-experiência* (Ferreira Neto, 2015).

Assim, partimos da premissa de que as narrativas não são contínuas. Não possuem uma origem fixa. Tampouco um fim inteligível e tangível. As narrativas são provisórias, soltas, rebeldes e falam muito mais das intensidades e vetores de forças de *um momento histórico específico localizado em um espaço*, do que de formas e ordens preestabelecidas. Neste sentido, dar-se-á destaque à descontinuidade e à inventividade no atravessamento das experiências *na/* da escrita da tese mantendo uma postura desconstrucionista advinda da filosofia da diferença, a qual busca evidenciar a produção sócio históricas das unidades de registro e análise (ou melhor, dos objetos de estudo).

A narrativa como um *texto-experiência* destaca um modo próprio de se posicionar e evidencia os posicionamentos adotados, constituindo *modos de dizer*. Modo inovador construído por Foucault e compartilhado por filósofos contemporâneos na comunicação de seus achados de pesquisa a partir da compreensão de que a “escrita é inseparável da produção

de uma experiência de transformação do que se pensa e do que se é, e não apenas uma suposta reprodução fidedigna da realidade estudada” (Ferreira Neto, 2015, p. 412).

Como exemplo podemos tomar o exercício empreendido por Foucault em seu livro *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres* (2007b), no qual inicia seu projeto de escrever uma história da sexualidade enquanto experiência. Nesse processo, dá-se conta da necessidade de empreender deslocamentos ao questionar se deve manter o plano estabelecido no princípio ou reorganizar todo o seu estudo em torno da lenta formação durante a antiguidade de uma hermenêutica de si. Foucault, então, opta por deslocar sua atenção e esforços, por ter se dado conta que aquilo a que se ateve, durante tantos anos, foi a tarefa de evidenciar alguns elementos que pudessem servir para uma história da verdade. As rotas e desvios tomados por Foucault visibilizam sua lógica, sua postura e posicionamentos epistemológicos enquanto pensador o qual abraça a atitude filosófica pautada no trabalho crítico do pensamento sobre o próprio pensamento. De acordo com Foucault (2007b), essa atitude filosófica pode ser nomeada como uma *ascese*, ou seja, um exercício de si no pensamento.

Deste modo, a experiência da escrita da tese enquanto *texto-experiência* busca evidenciar a atitude filosófica do exercício de se pensar sobre a própria escrita forjando uma narrativa crítica, *produzida* e localizada em um plano movente da realidade constituído a partir de relações entre planos distintos, porém complementares: o plano das *formas* e o plano das *forças* (Escóssia & Tedesco, 2014). As relações estabelecidas entre estes dois planos irão tecer um *coletivo de forças* (instituída e instituinte). O plano do instituído pode ser compreendido como a forma pela qual a realidade está organizada evidenciando as representações sobre as coisas que conhecemos do mundo. Em contrapartida, o plano do instituinte, refere-se às intensidades e aos jogos de forças que forjam as variações constantes dos objetos; não se restringindo à sua representação, mas sobretudo evidenciando seu traçado e o processo de constante produção (Escóssia & Tedesco, 2014). Daí porque enfatizamos o caráter contingencial das narrativas *na/* da pesquisa, visto serem as experiências produzidas coletivamente a partir de composições e direções momentâneas do *plano coletivo de força* em diferentes configurações de tempo e espaço.

Compreender a narrativa como uma *experiência* em seu caráter performático requer a desestabilização dos eixos vigentes e a abertura comunicacional entre o instituído e o instituinte. Esta compreensão e postura de abertura e de desestabilização das formas só é possível ao abraçarmos a noção de *transversalidade*. Tomada enquanto princípio e direção metodológica, a transversalidade evidencia o caráter performático das narrativas enquanto experiências, e coengendra uma estética e um modo de *fazer-dizer* a pesquisa.

3.3. Linhas e Contornos: *O desenho do estudo*

O desenho da presente tese aponta para um estudo com linhas e contornos cartográficos, de natureza qualitativa, tipo corte transversal. De acordo com Ferigato & Carvalho (2011), a pesquisa qualitativa busca responder questões sobre processos e fenômenos para os quais as pesquisas e métodos, baseadas em experimentos e medições, se mostram insuficientes. Os diferentes métodos qualitativos emergem das ciências sociais, no seio da Antropologia com a Etnografia, em um contexto sócio histórico marcado pelo rigor ascético das ciências denominadas duras, ou *Hard Sciences* (Neves, 1996).

Desde o seu surgimento até os dias atuais uma multiplicidade de perspectivas teóricas fornece fundamentação para a eleição e utilização de técnicas de pesquisa específicas para reunir e/ou produzir dados sobre o mundo social. A compreensão e a tônica dada à utilização dos métodos e técnicas qualitativas se encontram estreitamente atreladas às concepções sobre este mesmo mundo social e discorrem acerca da produção social do conhecimento e como esta pode ser reconhecida e validada (Pope & Mays, 2009). A depender da perspectiva teórica abraçada a escolha de um método de pesquisa em particular também está inextricavelmente vinculada a um conjunto de conceitos exploratórios, os quais fornecem uma estrutura para se pensar o mundo social e seus fenômenos.

De acordo com Pope e Mays (2009), como resultado dessas posições teóricas diferentes, a pesquisa qualitativa não é unificada nem bem definida. Não obstante, em linhas gerais, pode-se afirmar que a (s) pesquisa (s) de natureza qualitativa objetivam estudar o significado atribuído aos fenômenos, buscando entender a produção dos sentidos e as significações

conferidas por uma pessoa e/ou grupo de pessoas às situações em foco (Turato, 2003). E isto, estudando as múltiplas possibilidades de construção de redes de sentido dadas ao fenômeno tal como experimentado por diferentes pessoas (Frankel & Wallen, 2009). Assim, a busca é por identificar, perceber e compreender a experiência humana em relação a um determinado fenômeno (Turato, 2003).

Todavia, no caso específico da presente tese de doutoramento, por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa *apoiada em* diretrizes cartográficas, a finalidade não se centra exclusivamente na compreensão e interpretação dos participantes sobre o tema em estudo (Ferigato & Carvalho, 2011). De acordo com Madel Luz, “a força metodológica qualitativa atual residiria em sua capacidade de produzir resultados, de intervir no real, enfim, na capacidade de agir e não mais em compreender ou interpretar” (In Ferreira Neto, 2015, p. 415). Por isto, buscar-se-á no presente estudo evidenciar o caráter performático e inventivo da construção da própria realidade e tema pesquisados; a saber, a atuação de psicólogos/as na saúde, e isto a partir dos conceitos Foucaultianos de governamentalidade e cuidado de si. Por esta razão, apresentar-se-á doravante as instituições hospitalares e suas contingências com o intuito de elucidar as delimitações na/ para a atuação das participantes. E, em seguida, dados do perfil sócio demográfico das participantes, considerados relevantes ao estudo, serão oferecidos com a finalidade de favorecer o posicionamento e a contextualização da narrativa.

3.4. Local do estudo: *As instituições hospitalares e suas contingências.*

A pesquisa de campo foi desenvolvida no período de outubro de 2016 a outubro de 2018; sendo a colheita iniciada apenas após a aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), sob o número do CAAE: 62020316.7.0000.5206. Inicialmente um mapeamento dos hospitais de média e grande complexidade da região metropolitana da cidade do Recife foi conduzido, a fim de identificar aqueles que se apresentavam elegíveis para a pesquisa. Uma vez localizados os hospitais que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão do estudo, ou seja, que possuíssem: serviços de psicologia em ambulatórios e/ou enfermarias, realizaram-

se contatos junto à coordenação da instituição e do serviço com o intuito de apresentar a pesquisa e receber a anuência para a sua realização. Deste modo, ao término desse primeiro momento, o estudo foi conduzido em cinco instituições de saúde, do setor terciário, sendo 4 públicas e 1 filantrópica (vide tabela 4). No primeiro encontro de cada instituição, antes de iniciar a entrevista, uma ficha contendo um roteiro para coleta de informações sobre o serviço de psicologia e sobre a instituição participante foi entregue a fim de ser preenchida pelo/a profissional entrevistado/a. A partir das informações nela contidas, uma tabela foi construída com a finalidade de otimizar sua leitura (vide tabela 4).

Todas as cinco instituições possuem programas de ensino – à nível de estágio curricular em psicologia, residência em psicologia clínica hospitalar, psicologia hospitalar, ou programas de residência multiprofissional –, todavia apenas 4 hospitais foram apontados como instituições de ensino. O hospital 3 a despeito de ter, na época da entrevista, um total de cinco estagiários, foi apresentado como uma instituição que recebe estudantes para estágio curricular sem, contudo, dispor de seu próprio programa de ensino estruturado (vide tabela 4). Em contrapartida, os demais hospitais possuem programas de ensino, com currículo elaborado, tanto a nível de estágio quanto a nível de residência. Três instituições possuem e oferecem vagas para os programas de estágio e residência em psicologia, e, duas disponibilizam apenas vagas para estágio (vide tabela 4).

A quantidade de estagiários em psicologia nas instituições pesquisadas, na época do estudo, variava de cinco a vinte estudantes; enquanto que nos programas de residência esse número achava-se consideravelmente menor tendo um mínimo de dois e um máximo de oito residentes. Por fim, apenas três dos cinco hospitais são apontados como instituições que oferecem programas de desenvolvimento para profissionais de saúde, nos quais são ofertados em dois dos cinco hospitais, seminários; e, em um dos hospitais, são oferecidos capacitações e seminários (vide tabela 4).

Tabela 4. Dados sobre as Instituições Hospitalares pesquisadas

Instituição Hospitalar	Tipo de Instituição	Instituição de Ensino	Quantidade de Profissionais de Psicologia	Programas de Ensino do Hospital	Programas de Ensino em Psicologia	Quantidade de Estagiários em Psicologia	Quantidade de Residentes em Psicologia	Programa de Desenvolvimento Profissional
1	Filantrópica	Sim	8	Estágio e Residência	Estágio e Residência	05	02	–
2	Pública	Sim	6	Estágio e Residência	Estágio e Residência	10	04	Seminários
3	Pública	Não	7	Estágio e Residência	Estágio	05	–	–
4	Pública	Sim	4	Estágio e Residência	Estágio	06	–	Seminários
5	Pública/ Filantrópica	Sim	33	Estágio e Residência	Estágio e Residência	20	08	Capacitações e Seminários

3.5. Participantes do estudo

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: Psicólogos e psicólogas, cuja atuação profissional estivesse centrada em instituições públicas (e/ ou filantrópicas) de saúde, no setor terciário, em hospitais de média e grande complexidade, no atendimento à população de pacientes, seus acompanhantes e familiares, nos serviços e assistências prestados à diferentes faixas etárias (crianças; adolescentes; adultos; idosos), em enfermarias e/ou ambulatorios.

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, sem pretensões de generalização e/ou relevância estatística, não partimos de um número apriorístico de participantes (Turato, 2013). Antes, fomos à campo para a conduzir as entrevistas narrativas com os e as profissionais de psicologia. À medida que os objetivos do estudo foram contemplados a etapa nomeada por produção das experiências narrativas finalizou.

Um total de quinze profissionais foram entrevistados; três em cada instituição hospitalar. As entrevistas narrativas ocorreram nas dependências dos hospitais – geralmente em uma sala de ambulatório ou em sala do setor de psicologia –, individualmente, em ambiente privativo. Cada entrevista durou entre 45 minutos a uma hora e trinta minutos. Devido ao grande quantitativo de material produzido e dado o avanço no tempo, estabeleceu-se que apenas as primeiras entrevistas de cada hospital – um total de cinco – seriam analisadas para

fins de produção e discussão das narrativas do presente estudo (vide Tabela 5 – Dados sócio demográficos).

Das cinco entrevistas as quais irão compor o repertório de análise e discussão das produções narrativas da presente Tese, as cinco são mulheres com idades variando entre 36 e 55 anos. Destas, quatro são casadas. Em relação à formação em psicologia, quatro possuem especialização (psicologia hospitalar, saúde coletiva, psicologia clínica e psico-oncologia) e uma possui título de mestre em saúde coletiva. O tempo de formação em psicologia varia de 11 a 29 anos, e o tempo de atuação em instituições hospitalares de 9 a 27 anos. No tocante às atividades desempenhadas, duas das cinco participantes ocupam o cargo de coordenação do serviço de psicologia aliados à prática da assistência em enfermarias, ambulatórios e às atividades de ensino (supervisão e preceptoria de estágio e/ou residência). As demais participantes atuam na assistência e ensino (preceptoria, supervisão), e apenas uma refere-se pertencer a um grupo de pesquisa institucional (vide tabela 2).

Em relação aos setores de atuação das profissionais pesquisadas, todas as participantes assistem aos pacientes, familiares e cuidadores em enfermarias; mas, destas, apenas três atendem em ambulatório geral de psicologia e/ou específico da clínica na qual encontra-se alocada. O regime de trabalho configura-se como CLT (carteira assinada) para três participantes, enquanto que as demais são concursadas pelo Estado. A carga horária de trabalho para as cinco participantes é de 30 horas semanais, sendo quatro diaristas e uma plantonista. As cinco participantes afirmam não possuírem vínculo com nenhuma outra instituição hospitalar. Entretanto, além da atuação no hospital, três atendem em consultório particular, uma participante é docente no curso de psicologia em instituição de ensino superior, e uma atende no ambulatório de psicologia de uma policlínica situada na região metropolitana da cidade do Recife (vide tabela 5).

Tabela 5. Dados sócio demográficos das participantes entrevistadas

Participante	Idade	Sexo	Estado Civil	Formação Profissional	Tempo de Formação	Tempo de atuação em hospitais	Atividades desempenhadas	Setores onde atua	Regime de trabalho	Carga horária no hospital	Atuação em outras instituições hospitalares	Atuação em outras áreas da psicologia
Entrevistada 1	39	F	Casada	Especialização	11 anos	9 anos	Coordenação do setor, assistência, preceptoria e supervisão dos programas de residência uni e multiprofissional	Enfermaria e Ambulatório	CLT	30h	Não	Policlínica
Entrevistada 2	48	F	Casada	Mestrado	25 anos	23 anos	Assistência, ensino, preceptoria, supervisão e grupo de pesquisa institucional	Enfermaria	Funcionária Pública	30h	Não	Instituição de Ensino Superior
Entrevistada 3	36	F	Separada	Especialização	14 anos	10 anos	Coordenação do setor, assistência, preceptoria e supervisão de estágio	Enfermaria e Ambulatório	CLT	30h	Não	Consultório Particular
Entrevistada 4	55	F	Casada	Especialização	29 anos	27 anos	Assistência e preceptoria de estágio	Enfermaria	Funcionária Pública	30h	Não	Consultório particular
Entrevistada 5	51	F	Casada	Especialização	22 anos	20 anos	Assistência e preceptoria de estágio	Enfermaria e Ambulatório	CLT	30h	Não	Consultório particular

3.6. Produção das experiências narrativas: *Instrumentos*

Nesta seção, apresentar-se-á os diferentes instrumentos de produção das narrativas que foram utilizados, os quais são compreendidos como ferramentas e dispositivos de fabricação e, por isto mesmo, aqui intencionalmente nomeados de “*instrumentos de produção das experiências narrativas*” (Barros & Kastrup, 2014). Sublinhamos a intencionalidade da mudança dos termos “*coleta*” e “*dados*” por “*produção das experiências narrativas*” com a finalidade de evidenciar o posicionamento ético-político a partir das diretrizes da presente tese, da compreensão e do modo de fazer ciência da pesquisadora responsável pelo estudo.

Em consonância com as diretrizes filosóficas e epistemológicas, partimos do pressuposto da inventividade dispersa e contínua do fazer científico e do constante movimento de transformação do objeto-*problema* enquanto objeto-*processo* (Barros & Passos, 2014). Logo, a mudança e a ênfase na terminologia utilizada se fundamentam nas diretrizes do percurso metodológico anteriormente apresentados e discutidos, a saber: o caráter indeterminado e contingencial do objeto de pesquisa, o caráter interventivo e produtivo das ações da pesquisadora e dos instrumentos, e, o caráter contingencial das narrativas *na/* da pesquisa. De igual modo, a utilização dos termos propostos se deve à compreensão do caráter performativo da linguagem, e da produção processual da realidade enquanto uma rede tecida junto, de forma complexa, a partir de campos de força constituídos por intensidades, planos e vetores.

A habilidade da pesquisadora e o seu posicionamento ético-político, se apresentam como um dos principais vetores de força responsáveis pela construção do *setting* e formação do campo da pesquisa reverberando na produção das narrativas, assim como as habilidades e experiências dos próprios participantes com a temática em estudo, e suas relações com as instituições nas quais atuam. A instituição de saúde também pode ser apresentada e compreendida como parte integrante deste mesmo plano de forças, corresponsável pela construção do espaço intersubjetivo.

A articulação dos diferentes planos e vetores de força produzem uma realidade específica. Mais que isso, produzem um *saber* sobre essa realidade o que segundo, Foucault (2014), implica na produção de *modos de ver e dizer* de uma realidade em determinado momento

histórico. As práticas de visibilidade referem-se às práticas não-discursivas, e o plano das intensidades e forças. Enquanto que as práticas de dizibilidade são compostas pelas práticas discursivas e pelo plano das formas (Escóssia & Tedesco, 2014). Ambas as práticas, no entanto, coengendam discursos sobre a atuação do psicólogo/a na saúde.

É neste sentido que as instalações físicas, os protocolos, os fluxogramas de atendimentos, os valores, a missão, a visão e a cultura institucional são, aqui, considerados enquanto pertencentes à dimensão das forças instituídas, ou seja, ao plano das formas. Poder-se-á supor que um dos principais objetivos destes elementos é levar à cabo os processos e serviços “fornecendo” *modos de conduzir* a si mesmo e os outros dentro do cenário hospitalar. Não obstante, na dimensão das forças instituintes irrompem – a partir das diferentes relações entre os fluxos e suas intensidades –, produções de *modos de conduzir-se* não instituídos os quais podem ser nomeados como estilísticas ou estéticas da existência (Escóssia & Tedesco, 2014). Posicionamentos e posturas adotadas em relação à profissão, aos pares, aos pacientes, à equipe multiprofissional e à própria instituição de saúde são forjadas neste plano comum do coletivo de forças.

Deste modo, sendo a realidade a ser investigada composta por processos e forjada por um coletivo de forças, compete questionarmos neste momento: 1. O que cabe ao pesquisador neste cenário? e, 2. Quais as funções dos instrumentos? Isto porque, de acordo com Escóssia e Tedesco, “acessar este plano de forças é já habitá-lo” (2014, p. 92). Sendo esta uma pesquisa de inspiração cartográfica, e partindo do princípio e direção da transversalidade, temos por fundamento a sua dupla natureza; ao mesmo tempo em que a pesquisa evidencia ela constrói a realidade. Isto ocorre posto que, segundo Portelli (2016), as narrativas não são fixas nem, tampouco, meras depositárias de informações. Antes, as narrativas são performances forjadas e atravessadas por discursos em processo. As narrativas são performáticas. Por isso, a história oral narrada deve ser pensada muito “mais em termos de verbos do que substantivos” (Portelli, p. 19, 2016). Não se trata, apenas, do relato fidedigno de eventos históricos. Nesse sentido, o ato da fala é um acontecimento pautado pelas ações de lembrar e contar por parte do indivíduo e influenciadas pelo contexto histórico e social. Trata-se de um acontecimento polissêmico entre um fato do passado (o evento histórico), um fato do presente (a narrativa que ouvimos) e uma relação fluida entre esses dois fatos (Portelli, 2016).

3.6.1. Instrumentos de *produção das experiências narrativas*:

Observando *no Cotidiano* – A Entrevista Narrativa e o Diário de Campo.

Na presente seção, descrever-se-á quais instrumentos foram utilizados seguindo da justificativa por sua escolha e finalidade. O enfoque está na explicitação dos seus objetivos e funções com a desígnio de discutir e clarificar o caráter interventivo e criativo dos instrumentos-dispositivos *na/* para a pesquisa. Em seguida, as fronteiras e o movimento entre os instrumentos serão balizados no intuito de se pensar como a presença e utilização de cada um deles enquanto ferramenta-dispositivo afeta a utilização do outro, uma vez que nos pautamos nas diretrizes metodológicas cartográficas, já debatidas e em pressupostos teórico-metodológicos foucaultianos.

A entrevista narrativa é aqui compreendida como uma forma artesanal de comunicação entre a pesquisadora e o/a participante do estudo. Isto porque narrar significa *produzir* experiências e requer a construção de um posicionamento reflexivo por parte de quem narra, ao invés da descrição de uma cena como se fosse um observador. Narrar convoca a autoria do narrador e demanda sua *implicação* enquanto sujeito da fala. Ao fazer uso de linguagem espontânea, a *narração* oferece a oportunidade de (re) *viver* e (re) *criar* a experiência reveladora do “aqui” e “agora” da situação em curso (Muylaert, Sarubbi Jr., Gallo, Rolim Neto, & Reis, 2014). Narrar significa, pois, assumir a responsabilidade em relação à maneira pela qual a história é contada (Portelli, 2016).

De acordo com Tedesco, Sade e Caliman (2014), a entrevista enquanto instrumento-dispositivo não visa objetos fixos. Não intenciona coletar informações a serem processadas. Não se trata, exclusivamente, de *recolher* dados ou representações mentais sobre um mundo preexistente, tampouco de capturar o conteúdo de uma experiência ocorrida em um determinado momento histórico ou contexto de vida do entrevistado. A entrevista narrativa, conduzida a partir de um manejo cartográfico, busca *acompanhar* movimentos posto que toda narrativa *cria, produz*. Neste sentido, passado, presente e futuro estão presentes na narrativa coengendrando – enquanto potência e intensidade – o *devir* e os movimentos de ruptura. Daí dizer que no manejo cartográfico da entrevista narrativa “o entrevistador cuida,

intervém, na direção da ativação da dimensão dos afetos, definido como plano de forças” (Tedesco, 2015, p.37). Neste plano, também considerado como plano de produção, subsistem as condições de emergência da parceria a ser estabelecida entre pesquisador e pesquisado a partir de relações de transversalidade. As relações de transversalidade são possíveis a partir do manejo dos jogos de força presentes, por exemplo, no acolhimento e mediante uma atitude ativa, normalmente delegada com exclusividade ao pesquisador (Tedesco, 2015).

No momento da entrevista narrativa, diversos estados emocionais podem ser suscitados exatamente por convocar o narrador a se posicionar e a se implicar em sua produção. De igual modo, a entrevista narrativa proporciona – baseada na relação de confiança construída entre entrevistador e entrevistado –, a oportunidade de pensar algo ainda não pensado sobre a temática em questão (Muylaert, Sarubbi Jr., Gallo, Rolim Neto, & Reis, 2014). A depender da abertura e da articulação entre os envolvidos, o encontro, e as atividades próprias do processo de pesquisa, podem vir a promover vínculos que permitam traçar pontos de conexão e uma zona de interesse comum, ou melhor, de “*inter-esse*” (Sade, Ferraz & Rocha, 2014; Passos & Eirado, 2014). Zona esta responsável por tecer um plano de experiência compartilhada capaz de aumentar a confiança e, por conseguinte, a potência de agir (Sade, Ferraz & Rocha, 2014).

Confiança no sentido daquilo que é tecido em conjunto, capaz de articular pesquisadores/as, pesquisados/as e campo de pesquisa (Sade, Ferraz & Rocha, 2014). Somente assim o plano coletivo de forças e sua indeterminação poderá ser acessado/habitado, e a experiência narrativa vivenciada em sua plenitude. Neste sentido, o engajamento se faz primordial para a produção narrativa, uma vez que a *narração* emerge na interação entre os interlocutores, os quais “*fiam*” conjuntamente a experiência narrativa (Muylaert, Sarubbi Jr., Gallo, Rolim Neto, & Reis, 2014; Sade, Ferraz & Rocha, 2014).

Tendo em conta a processualidade e o caráter contingencial das narrativas, a entrevista narrativa, numa perspectiva e manejo cartográfico, requer uma escuta e um olhar ampliado. Posto que o manejo cartográfico da entrevista narrativa sugere um modo particular de acompanhar a *experiência*, considerando-a na totalidade de seus planos e dimensões. Ou seja, o *dito* ou a *forma* (seu conteúdo, seu referente), e o *dizer* ou a *força* (sua intensidade, e

processualidade) são compreendidos como distintos, porém inseparáveis (Tedesco, Sade & Caliman, 2014). E ambos considerados como sendo igualmente importantes.

A organização e condução da entrevista narrativa da presente tese seguiu a lógica da processualidade. Objetivando acompanhar a experiência enquanto emergência *na/* da fala, apresentou-se a seguinte questão aberta e disparadora. A saber: *Fale-me sobre sua prática como psicólogo@ que atua em saúde*. Esta pergunta foi apresentada aos participantes com a função de disparar a narrativa sobre suas experiências como profissionais de psicologia que atuam na saúde. Enquanto dispositivo que gera efeitos, a questão disparadora, uma vez apresentada, oportuniza a experiência da *narracão* e a possibilidade de se problematizar sobre quem se é no tempo que se vive.

Neste contexto, ao falarmos sobre a produção de narrativas destacamos os posicionamentos e posturas das/os participantes da pesquisa frente às temáticas em estudo, assim como, também, da pesquisadora responsável pela investigação. Cada encontro e experiência narrativa vivenciada produzia diferentes variações e efeitos – todos destacados no Diário de Campo – pertencentes ao *quantum* de forças *no/* do encontro. De acordo com César, Silva e Bicalho (2014) as variações e seus efeitos ocorrem devido “a irredutibilidade das forças ao arranjo que faz surgir a forma” (p.163). Estas mesmas mudanças, enquanto *quantum* de forças e experiências serão apresentadas e problematizadas na escrita do capítulo 3, sobre a análise da produção das experiências narrativas. Por isto, mais uma vez, afirmarmos a narrativa *na/* da pesquisa como um texto-experiência que produz um *modo de dizer* singular indo além da interpretação de falas e comunicado de achados. Os *modos de dizer* narram as experiências vividas durante a pesquisa e evidenciam seu caráter político enquanto acontecimento, visibilizando a coautoria e as condições para sua fabricação.

Como parte da construção do *setting* da entrevista, a temática da pesquisa foi apresentada conjuntamente aos seus objetivos, instrumentos e manejo visando o esclarecimento e a retirada de eventuais dúvidas. Todos/as os/as entrevistados/as receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde puderam assinar sua anuência e consentimento em participar do estudo. Concomitantemente foi solicitada a autorização destes/as para a gravação do áudio das entrevistas, assegurando o uso exclusivo do seu

conteúdo para posterior transcrição e análise dos dados garantido, pois, a utilização exclusiva de todo o material produzido *no* encontro para fins específicos da pesquisa.

Simultaneamente às entrevistas narrativas, o Diário de Campo foi utilizado como instrumento de produção dos dados. O seu uso e manejo seguiram o mesmo princípio cartográfico da processualidade, objetivando evidenciar as vivências experimentadas *no* cotidiano e as implicações da pesquisadora na sua produção. A construção de um Diário de Campo teve por objetivo colaborar com a produção das experiências narrativas da/ *na* pesquisa, reunindo fragmentos de memórias, observações e vivências das experiências que emergiam no encontro com o campo.

Seguimos as pistas de Barros e Kastrup (2014) no que diz respeito à produção do Diário de Campo. De acordo com os autores, este instrumento deve ter o registro de informações precisas e relatos pessoais, ou impressões da experiência vivida redigidos logo após as visitas e atividades. O registro em Diário de Campo se constitui enquanto prática preciosa para a cartografia uma vez que a reunião das coisas lidas, ouvidas, ou pensadas capturam e demonstram aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos. A ideia central à escrita do Diário de Campo concerne à possibilidade de se falar de dentro da experiência, e não fora dela. Diz respeito à possibilidade de “enunciar sua própria produção, liberando-se da pretensão do conhecimento definitivo sobre o objeto” (Barros & Passos, 2014, p.174). Não devendo, pois, esse exercício permanecer nos bastidores como algo que fez parte do trabalho de preparação o qual deve ser esquecido ou desaparecer por si só uma vez tenham “produzidos seus efeitos” (Foucault, 2007b, p.13).

Daí por que falar-se não em relatos de observações feitas sobre “*o*” cotidiano, e sim “*no*” cotidiano. A ênfase dada intenta marcar a diferença na postura metodológica e estético-política por parte da pesquisadora, posicionando-a como partícipe das ações desenvolvidas nos espaços intersubjetivos produzidos a partir da sua ida ao campo (Spink, 2007). Em consonância com as diretrizes cartográficas, o “*no*” baliza as fronteiras dos binarismos e das dicotomias: “*objeto científico-cientista*”, e “*sujeito-objeto do conhecimento*”, dissolvendo o ponto de vista do observador como um terceiro isento e ausente da produção do que está sendo pesquisado. Essa postura, segundo Passos e Eirado: “desnaturaliza a realidade do objeto e permite ao pesquisador abrir-se para os diversos pontos de vista que habitam uma

mesma experiência de realidade, sem que se deixe dominar por aqueles que parecem verdadeiros em detrimento de outros que parecem falsos” (2014, p. 174).

Nessa direção, no campo das metodologias qualitativas e das pesquisas cartográficas, parte-se, atualmente, do reconhecimento da *experiência integral* do pesquisador. Se, antes, buscava-se a inteligibilidade e pureza dos dados através da “disciplinarização do viés subjetivo (*bias*) do pesquisador” (Ferreira Neto, 2015, p.415), atualmente a apreensão pessoal, os sentimentos, as intuições e valores tornaram-se um fator a ser evidenciado no curso da pesquisa. Deste modo, o Diário de Campo enquanto instrumento-dispositivo possibilita o acompanhar os movimentos e produções, assim como o registro e posterior tratamento analítico dos *modos de fazer-pensar e fazer-dizer* a pesquisa.

Esse modo de *fazer-pensar* o caminho da pesquisa demanda um modo particular de análise dos dados produzidos na ida ao campo e, nesse sentido, o método analítico hora apresentado consiste em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual a pesquisadora responsável pelo estudo, encontra-se imbricada. Por isso afirma-se que a análise implica uma atitude, um *ethos* analítico. Segue-se, assim, que o *ethos* analítico da presente Tese está – como vem sendo explicitado – baseado em pressupostos teórico-metodológicos foucaultianos apoiados em diretrizes cartográficas.

3.7. Produção das experiências narrativas: Análises

3.7.1. Base teórico-conceitual para a análise foucaultiana das experiências narrativas: *Enunciado, Discurso e Heterogeneidade Discursiva*.

Em paralelo as entrevistas, as respectivas gravações foram salvas individualmente, no computador pessoal da pesquisadora, por ordem de execução. Cada entrevista recebeu um código de identificação numérico a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade da fala de cada participante. As entrevistas foram transcritas na íntegra respeitando as entonações, silêncios, pausas e pontuações dadas por cada participante. As produções narrativas do Diário de Campo auxiliaram na análise e discussão dos conteúdos das entrevistas, uma vez que ali

encontravam-se descritos de forma livre as afetações do encontro da entrevista enquanto experiência. As produções narrativas do Diário de Campo auxiliaram por trazer em seus registros conteúdos pertencentes ao plano e dimensão do *dizer* e da *força* da fala, devendo ser acompanhada como emergência *na* experiência (entrevista) *da* experiência (tema/fenômeno) pesquisado.

A seguir, apresentar-se-á os caminhos e as rotas da análise das narrativas em uma perspectiva Foucaultiana. A ideia aqui é oferecer uma apresentação detalhada e justificada dos percursos escolhidos e seguidos para a construção de um método de análise a partir de um *ethos* analítico com base na noção Foucaultiana de experiência. Por experiência Foucault (2007b) compreende “ a correlação, numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade” (p.10). Dessa maneira, a proposta fora a de construir um *modo* de analisar as narrativas pautado na arque genealogia Foucaultiana.

As análises de conteúdo clássicas/ tradicionais partem do pressuposto de um referente a priori e buscam, no campo, reconhece-lo para posteriormente decodifica-lo em unidades de análise a fim de interpretá-los. Na contramão, surgem nas pesquisas qualitativas, outras técnicas de análise as quais põem em xeque as análises clássicas. As diferentes técnicas de análise do discurso são um exemplo de alternativas às perspectivas positivistas e pós-positivistas em geral. Segundo Nogueira (2008), o termo “análise do discurso” por ter sido recorrentemente utilizado acabou por se tornar vago ou, por vezes, muito preciso. Diferentes perspectivas coexistem no quesito compreensão do que seja e de como deve ser conduzida uma análise do discurso, não havendo uma única forma de se aplicar dado ao fato de que a análise de discurso é, simultaneamente, teoria e método (Nogueira, 2008).

Seguindo a proposta de organização de Wetherell e Colls, Nogueira (2008) apresenta o campo das técnicas de análise de discurso organizado em quatro diferentes concepções, a saber: a análise do discurso sociolinguística, a análise conversacional, a psicologia discursiva e a análise crítica do discurso. A análise crítica do discurso, também conhecida como análise foucaultiana do discurso, é apresentada por Nogueira (2008) como um tipo de análise que procura por padrões mais amplos, associados a questões sociais e culturais.

De acordo com Foucault (2014b) discurso é “um conjunto de enunciados que se apoiam na mesma formação discursiva” (p. 135), sendo assim um número limitado de enunciados

para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. Essas são apenas algumas das definições iniciais de discurso e, como todas as demais, não podem ser compreendidas isoladamente (Fischer, 2001). Daí porque dizer que o termo *discurso* recebe diferentes definições a medida que Foucault (2014) desenvolve seus estudos sendo, todavia, utilizado inicialmente para referir-se a diferentes formas de estruturar áreas do conhecimento e práticas sociais. As práticas sociais são apresentadas como constituídas e constituindo o que Foucault nomeia por “práticas discursivas”; ambas as práticas (sociais e discursivas) produzidas através de relações de poder concretas, numa dada época. Ainda segundo Foucault, as relações entre essas práticas produzem *efeitos* que regulam e controlam a ordem social “facilitando e limitando, permitindo e constringendo o que pode ser dito, por quem, quando e onde” (Nogueira, 2008, p.239).

Vale ressaltar que um enunciado não constitui uma unidade, exatamente por encontrar-se na transversalidade de frases, proposições e atos de linguagem. Em relação ao objeto de estudo da presente Tese, pode-se tomar como exemplo de enunciado o seguinte trecho extraído do artigo intitulado “A prática da psicologia da saúde”, de Almeida e Malagris (2011), o qual diz: “como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos têm desenvolvido e implantado programas que visam o aumento da frequência de comportamentos saudáveis” (p. 235). Fundamentado neste enunciado, poder-se-ia encontrar respostas para alguns questionamentos, tais como: Quem são os psicólogos da saúde e o que fazem? De igual modo, poder-se-ia apresentar questões como: “o que são comportamentos saudáveis?”, “como aumentar a frequência de comportamentos saudáveis?”, “como implantar programas que visam o aumento da frequência desses comportamentos”, “qual deve ser o conteúdo desse programa?” e “a quem se destinam os programas?”. É neste sentido que Fischer (2001) irá afirmar que “descrever um enunciado é, portanto, dar conta dessas especificidades, é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar” (p. 202). Acontecimento posto que as respostas a tais questionamentos não procedem, com exclusividade, de um único campo de saber-poder. Antes, porém, são forjadas no embate do campo de forças da heterogeneidade discursiva; na transversalização dos saberes.

Foucault, em seu livro “As Palavras e as Coisas” (2016) questiona o que torna possível a produção de determinado *saber* sobre um objeto. De igual modo questiona quando e por que um determinado objeto se torna *objeto de estudo*. E, ao focalizar as múltiplas transformações que ocorrem no campo do saber, infere sobre as formas de racionalidades possíveis produzidas a partir dos regimes de verdade em uma determinada episteme e em um dado contexto sócio histórico.

Saberes organizados a partir de diferentes formações discursivas as quais estão sempre em relação, pois se estabelecem, dentro de uma temporalidade, em uma dispersão enunciativa formando os *campos de saber-poder*. Para Foucault (2016), o campo do saber não se encerra nem, tampouco, é exclusividade das ciências. Antes, o *saber* é definido pela produção de um conjunto de documentos científicos, filosóficos e/ou literários os quais possibilitam o surgimento de diferentes formações discursivas. A dispersão enunciativa presente nos campos de saber-poder é organizada por critérios de verdade nos quais o poder encontra-se difuso, não localizado e atuando de forma dispersiva. Serão estes mesmos critérios e regimes de verdade que operarão sobre os enunciados atribuindo-lhes o caráter de acontecimentos (Bernardes, 2014). Por este motivo Foucault parte da dispersão discursiva não com o intuito de abolir as unidades, mas, com o propósito de executar um trabalho de desmontagem a fim de evidenciar as regras e os princípios que possibilitaram determinada formação discursiva (Fischer, 2001).

Compostas por regimes de verdade, as formações discursivas dentro de um campo de saber-poder, operam de acordo com a episteme; ou seja, a partir *do que se sabe, do que se pode saber, e do que se deve saber* em um determinado tempo histórico (Fischer, 2001). É exatamente por isso, que as formações discursivas funcionam como uma matriz de sentido organizando os enunciados. Estes, por sua vez, dentre outras funções, são responsáveis por endereçar posições de sujeito a partir das quais é possível identificar-se e falar (Fischer, 2001). São estas formações discursivas compostas por enunciados que compõem o que Foucault nomeia por conjunto arquitetônico, os quais operam sobre as práticas discursivas e os regimes de verdade produzindo saberes sobre os objetos dos quais falam. Considerando a rede de enunciados agrupados a partir dos critérios e regimes de verdade, poder-se-ia, por exemplo, a partir do trecho retirado do artigo outrora citado, responder a uma variedade maior

de questionamentos: O que é psicologia da saúde? Quais seus paradigmas? Qual seu objeto de estudo? Isto se deve ao fato, de acordo com Foucault (2014b) de que:

“Não há enunciado livre, neutro e independente; mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto desempenhando um papel no meio de outros, neles se apoiando e deles se distinguindo: ele se integra sempre em um jogo enunciativo, onde tem sua participação, por ligeira e ínfima que seja [...] Não há enunciado que não suponha outros; não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências” (p. 114).

Por conseguinte, as formações discursivas devem ser vistas dentro de um espaço discursivo ou de um campo discursivo; ou seja, elas continuamente estão em relação *como* determinados campos de saber-poder. Saberes que circulam a partir de diferentes modalidades enunciativas, tais como: expressões literárias, textos jurídicos, reflexões filosóficas, decisões de ordem política propagados via jornais, revistas, televisão, depoimentos, entrevistas, questionários entre outros (Geraldini, 2012).

Segundo Foucault (2014b), as formações discursivas estão em relação e entram, simultaneamente, em diferentes campos de saber-poder; e, em cada lugar, a posição que os enunciados ocupam é diferente a depender dos jogos de força e poder ali encontrados. Dessa maneira, os diferentes discursos sociais – publicitário, econômico, médico, pedagógico, psicológico, entre outros –, compreendem determinado sistema de formação discursiva formado por enunciados povoados em suas margens de tantos outros enunciados. Ao afirmar que os enunciados são formados por tantos outros enunciados, Foucault (2014b) reconhece a ação do interdiscurso, da complementariedade e da luta dos diferentes campos de saber-poder (Fischer, 2001). A interdiscursividade, assim como a heterogeneidade discursiva, são termos apresentados por Foucault para explicar a dispersão dos enunciados e, portanto, dos discursos.

Essa dispersão desnuda, frente aos nossos olhos, as inúmeras vozes que falam num mesmo discurso. Sob este prisma, torna-se evidente o duplo cruzamento existente quer seja porque o destinatário faz-se presente, quer seja porque aquele mesmo discurso está referido a muitos outros discursos. Como se pode notar, “o discurso assim concebido, não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade” (Foucault, 2014b, p.61-2). Ao falar o sujeito é, ao mesmo tempo, falado e, a cada fala, posiciona-se e é posicionado distintamente por falar ora de um lugar, ora de outro. Nestes lugares e posições de sujeito, há interditos, lutas, diferentes e contraditórios modos de existir a partir dos quais o sujeito se situa deixando-se ser falado e intencionando jamais cindir-se (Fischer, 2001).

Desse modo, ampliando a noção de discurso, Foucault (2016) anuncia que o mesmo é na verdade o lugar da multiplicação dos discursos bem como o lugar da multiplicação do sujeito. O que está em jogo na dispersão dos campos de saber-poder é, deste modo, a luta pela imposição de sentidos na conquista de novos sujeitos. Nessa perspectiva, os discursos constroem os objetos dos quais falam e endereçam múltiplas posições de sujeito a diferentes indivíduos tendo, assim, implicações e *efeitos* dos mais diversos para a subjetividade e a experiência de si mesmo. Na disputa pela hegemonia da atribuição dos sentidos, pelo poder de nomear e de cooptar mais sujeitos, os discursos dominantes privilegiam versões da realidade as quais legitimam estruturas sociais enraizadas difíceis de serem desafiadas. Realidades estas que se tornam ‘senso comum’ dado a naturalização no cotidiano. Devido ao fato de que os discursos produzem modos de ser como *efeitos*, estes se encontram fortemente implicados no exercício do poder. Por isso, a análise crítica do discurso, preocupa-se com o papel dos discursos na produção de processos sociais mais amplos e seus modos de legitimação (Nogueira, 2008).

Segundo Nogueira (2008, p. 240) “do mesmo modo que os discursos legitimam e reforçam as estruturas sociais e institucionais, estas estruturas, por seu turno também apoiam e validam estes discursos”. Por isto, conduzir uma análise crítica do discurso, ou uma análise foucaultiana, significa prestar atenção às relações entre os discursos e as práticas institucionais; isto é, as formas de regular e organizar a vida social. A análise a ser

empreendida deve, pois, visibilizar e pôr em xeque a forma como as pessoas pensam ou sentem, sobre o que fazem efetivamente e sobre como essas práticas ocorrem no cotidiano em um determinado contexto particular. Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Fischer (2001) destaca que a análise do discurso, segundo uma perspectiva foucaultiana, precisa recusar explicações unívocas, interpretações fáceis e a busca por um sentido último ou oculto nas coisas. Para isto, aquele ou aquela que se aventura na arte da análise crítica do discurso deve, antes de mais nada, exercitar-se no desprendimento à um olhar fixo sobre os discursos como sendo apenas um conjunto de signos ou significantes que se referem a um dado conteúdo. A análise, dar-se-ia, pois, a partir do jogo das relações históricas e das práticas concretas presentes nos discursos.

Foucault apresenta em um primeiro momento essa noção de discurso como prática social nas obras “a arqueologia do saber” (2014b), “vigiar e punir” (1987) e na aula “a ordem do discurso” (2014c). Posteriormente, em seus três volumes sobre a história da sexualidade, Foucault retoma o conceito de discurso ampliando-o ao designá-lo como práticas discursivas e não discursivas. As práticas discursivas tomam corpo em “técnicas e efeitos” (2014b, p. 220) as quais, por se tratarem de uma via de mão-dupla, constituem-se e se modificam exatamente através da ação desses mesmos enunciados.

No que concerne à análise, esta deve considerar minuciosamente as práticas sociais e suas descontinuidades históricas. Uma vez que tudo é prática em Foucault e que tudo está imerso em relações de poder e saber, o discurso ultrapassa a simples referência às coisas e não deve ser compreendido como a mera expressão de algo. Por este motivo, ao analisar um discurso defrontamo-nos com um lugar de dispersão e descontinuidade, e não da manifestação de um sujeito em si, origem primeira e única de todos os sentidos (Fischer, 2001). Os sujeitos, enquanto *efeitos* de discursos, engendram-se no interior de imensuráveis e bem concretas relações institucionais, sociais e econômicas. Importa, portanto, deter-se sobre essas práticas – discursivas e não-discursivas – a fim de compreender a rede de poderes as quais produzem diversas posições e formas de subjetividade. Para isto, o que precisamos empreender é a descrição das regularidades, as frequências, e a distribuição dos elementos de diferentes enunciados utilizados por um indivíduo para tornar-se seu sujeito. Sujeito do enunciado (Fischer, 2001).

Através da construção de conjuntos arquitetônicos, a análise Foucaultiana do discurso destaca a interdiscursividade e os jogos enunciativos, com o intuito de evidenciar e problematizar os campos discursivos e suas enunciações. Os conjuntos arquitetônicos visibilizam o lugar da multiplicação dos discursos fazendo aflorar as contradições e as diferenças enunciativas que povoam as formações discursivas (Fischer, 2001). À vista disso, o analista deve deter-se na construção de um feixe de relações buscando circunscrever a articulação presente nos conjuntos arquitetônicos entre enunciados e práticas, enunciados e técnicas, sobre um dado objeto. Trata-se de mapear o *dito* nas diferentes cenas enunciativas multiplicando as relações surgidas e localizando-os em campos discursivos em uma operação de identificação e ordenação dos elementos de modo a construir verdadeiras constelações.

3.7.2. Análise Foucaultiana das experiências narrativas: *Construindo constelações a partir dos campos enunciativos, da interdiscursividade e seus efeitos.*

Como explicitado (no item 3.7.1), a proposta fora a de construir um *modo* de analisar as narrativas pautado na arque genealogia Foucaultiana. Esta tarefa, contudo, exigia o exercício da construção de uma técnica de análise baseada nos instrumentos analíticos propostos por Foucault (a correlação entre: 1. Os campos de saber. 2. Os tipos de normatividade. E, 3. Os modos de subjetivação) e sustentados nas diretrizes cartográficas do estudo (1. O caráter contingencial do objeto de pesquisa. 2. O caráter interventivo e produtivo das ações da pesquisadora e dos instrumentos de pesquisa. E, 3. O caráter contingencial das narrativas *na/da* pesquisa).

Em “A história da sexualidade: o uso dos prazeres” (2007), Foucault explicita os trajetos e desvios de seu trabalho os descrevendo como riscos inerentes às escolhas metodológicas por ele tomadas. Seu percurso metodológico, considerado como ensaios, dever-se-ia ser pensado como um exercício longo, hesitante, e que frequentemente precisou ser retomado e corrigido (2007). Os instrumentos e as técnicas de análise por ele utilizadas eram comumente construídas a partir desses ensaios e do próprio exercício de pensamento. Assim como Foucault (2007), a nossa escolha metodológica foi por um exercício de si (ascese), no

pensamento, que oportunizasse ensaios e a construção de técnica analítica baseada em uma lógica arque genealógica e em diretrizes cartográficas.

Desse modo, uma técnica analítica foi construída e nomeada como *constelação*. De autoria da pesquisadora responsável pelo presente estudo, a técnica de análise *constelação* tem por objetivo visibilizar a multiplicidade e a dispersão dos discursos presentes em uma narrativa. Trata-se de um esforço, de um ensaio, na construção de feixes de relações contínuas que visibilizem a teia de formações discursivas fazendo aflorar as contradições e diferenças enunciativas, ou seja, a ação do interdiscurso, da complementariedade e da luta dos diferentes campos de saber-poder (Fischer, 2001). Sabendo que são nestas tramas que se produzem as “condições pelas quais o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade” (Foucault in Ferreira Neto, 2015, p.414).

A constelação enquanto técnica é a esquematização da experiência analítica, a experimentação *na/* da construção de feixes de relações possíveis na articulação entre os enunciados. É a tentativa de construir conjuntos arquetônicos a partir da identificação e ordenação de elementos discursivos, visibilizando a processualidade das narrativas e dos discursos que as atravessam. A constelação visa, na qualidade de técnica, fazer sobressair o jogo enunciativo os quais produzem posições de sujeito e nos quais há interditos e lutas. Ou seja, relações entre o sujeito e os jogos de verdade (Foucault, 2004); em como as participantes da pesquisa fazem a experiência de si enquanto psicólogas que atuam em saúde. Portanto, as constelações possuem uma dupla finalidade: a de analisar e a de expressar a dimensão arquetônica dos discursos.

Assim, as constelações não têm o propósito de *revelar* o sujeito do ato da fala – no sentido de anunciar sua essência –, mas sim o de dar visibilidade à produção discursiva das posições de sujeito a partir das quais hora se fala de um lugar e hora de outro. A busca, pois, não é por desvelar o que as participantes supostamente querem dizer com o dito. Tampouco é por decifrar suas narrativas a fim dizer *quem* são estas participantes a partir desse dito. Isso porque, seguindo uma lógica foucaultiana, os enunciados não são compreendidos enquanto referentes e unidades fixas de análise; uma vez se encontrarem na transversalidade de frases, proposições e atos de linguagem (Foucault, 2016). À vista disso, o foco da constelação enquanto técnica de análise é evidenciar a acontecimentalização responsável pelo

engendramento e produção de estéticas da existência como efeitos discursivos. Ou seja, sinalizar para a produção dos modos de ser como efeitos das produções discursivas, as quais são singulares.

Nesta técnica não há um roteiro de passos e etapas *pré*-fixadas a serem seguidas. Assim como a entrevista narrativa possui um caráter inventivo – com abertura para a responsabilidade criativa da pesquisadora –, a técnica de análise constelação também. Todavia, vale o esclarecimento de que esta abertura criativa não significa falta ou ausência de rigor metodológico. Pelo contrário, o rigor metodológico – característico de bons estudos científicos e necessário à produção da presente Tese –, apresenta-se aqui através da descrição detalhada das estratégias elegidas para sistematizar as ações empreendidas. Vale salientar, também, que embasados nas diretrizes cartográficas e nos modos de condução da pesquisa pautada no *fazer-saber* (Barros & Kastrup, 2014), a técnica de análise constelação foi pensada e sistematizada à medida em que ia sendo forjada. Num exercício de ação criativa e de *experimentação* do fazer científico, assim como Foucault (2007), frente a especificidade e singularidade do objeto (problema-processo) em estudo.

Cabe, neste momento, explicitar a maneira pela qual a técnica de análise *constelação* foi conduzida com o intuito de esclarecer a produção da dimensão arquitetônica dos discursos que atravessam as narrativas na/ da pesquisa. As constelações, na íntegra, de cada entrevista serão apresentadas, analisadas e discutidas no próximo capítulo (Análise e discussão das experiências narrativas) dado que descrevem não apenas o caminho percorrido (método) enquanto técnica de análise, mas, principalmente, evidenciam a processualidade enquanto produto (resultado) desta. Não obstante, a fim do leitor compreender tanto o percurso analítico quanto o seu produto, apresentar-se-á, agora, as estratégias operadas.

A primeira estratégia foi estabelecer quais seriam os elementos de análise *nas/* das entrevistas narrativas; ou seja, o que deveria ser extraído a partir da leitura da transcrição literal das entrevistas. Desse jeito, foi estipulado que a técnica deveria ser *composta por*, e, *fazer uso de* dois elementos de análise: 1. Elementos gráficos e 2. Elementos discursivos. Os elementos gráficos correspondem aos ícones utilizados para sinalizar os pontos de ruptura, os pontos de *inter-esse*, contradição, descontinuidade e os vetores de força dos planos instituído e instituinte presentes nas narrativas das participantes (figura 1). Os elementos

discursivos, por sua vez, são constituídos por fragmentos da narrativa que indicam a experiência da participante (ou seja, a articulação entre os campos de saber-poder, as técnicas e as estratégias, e as relações sociais) (figura 2). Ambos possuem, juntos, a finalidade de visibilizar os níveis de análise conduzidos simultaneamente no plano movente da realidade (formas/ dito & força/ dizer). Um exercício constante por evidenciar o caráter performático das narrativas enquanto experiência; um exercício de analisar *na* transversalidade.

Na figura 1, intitulada: Elementos gráficos, apresentam-se exemplos de ícones utilizados para a leitura das *constelações*. Na figura 2, intitulada: Elementos discursivos, apresentam-se exemplos de fragmentos de narrativa retirados da quinta participante entrevistada, Juliana (51 anos). Pode-se observar fragmentos de diferentes enunciados e práticas. Um exemplo de enunciado analisado através da técnica de análise constelação e explicitado na figura 2, está sinalizado na constelação como ponto 1: “Adolescente é um todo (mais do que a falta do cabelo que incomoda), com qualidades e defeitos”. É preciso atentar para o fato de que, por se tratar da análise de um objeto-*problema* e objeto-*processo*, são os problemas que movem a análise permitindo surgir as condições de emergência do objeto em questão (Barros & Barros, 2014). Portanto, a análise multiplica sentidos e inaugura novos problemas. Foi essa a direção de análise forjada com a técnica da constelação.

Por trabalharmos com a produção discursiva oriunda das relações entre enunciados e saberes, e enunciados e técnicas, aqui, poder-se-ia questionar: 1. À nível dos saberes – “quem é o adolescente? ”, “O que é este ‘todo’ a que se refere? ”, “O que significa dizer que o adolescente tem qualidades e defeitos? ”, “quem é o adolescente com câncer? ”. 2. À nível das técnicas – “O que os livros e as músicas têm a dizer sobre estes adolescentes? ”. Como o discurso enquanto prática produz os objetos dos quais falamos, pois, neste enunciado a produção do adolescente a quem é dirigido um conjunto de práticas não-discursivas (ou seja, técnicas). Neste jogo discursivo, nas tramas da interdiscursividade, é produzido o sujeito adolescente com câncer, a quem são endereçadas práticas e técnicas multiprofissionais em saúde. Práticas estas que produzem, igualmente, o sujeito que irá acompanhar e atender este adolescente durante sua internação e/ou tempo de tratamento. As práticas, desse modo, produzem não apenas o sujeito acometido pela doença, mas também o sujeito que irá combatê-la. Neste sentido, o modo de interpretar as narrativas das participantes será mediante

a problematização foucaultiana cuja finalidade de produção textual é uma narrativa crítica e localizada em um tempo sócio histórico específico.

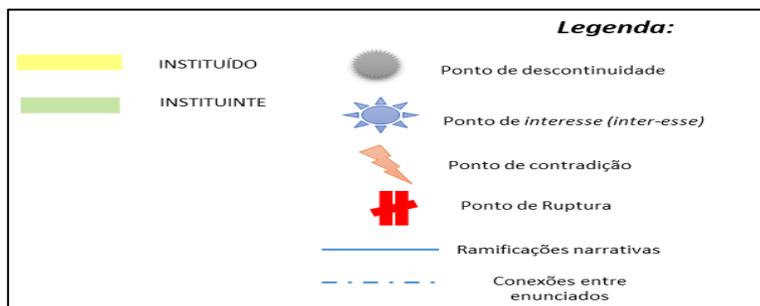


Figura 1 – Elementos gráficos: ícones utilizados para leitura das *constelações*

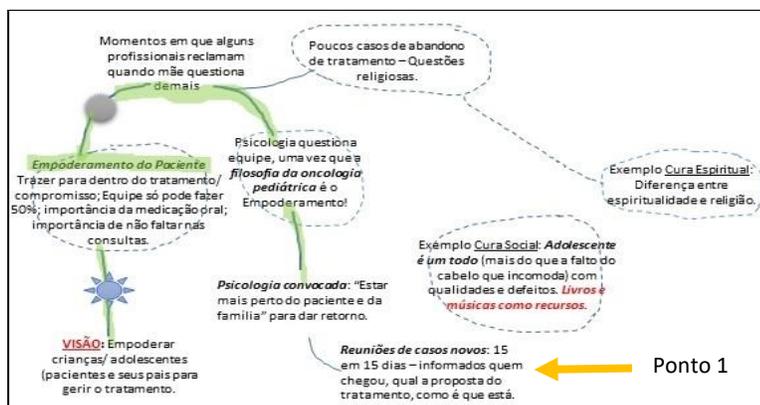


Figura 2 – Elementos discursivos: fragmentos de narrativa (enunciados: campos de saber-poder, técnicas e posições de sujeito).

Após a confecção das constelações, estas eram lidas a fim de encontrar pontos de análise (Figura 2). Com as constelações e os pontos de análise em mãos, a segunda estratégia empreendida transcorreu em dois momentos complementares. Tendo em mente que o primeiro enunciado apresentado, durante o encontro da entrevista narrativa, fora a própria pergunta disparadora, ao lermos a transcrição literal das falas do/as participantes da pesquisa, procuramos responder ao seguinte questionamento: *Quais discursos esse participante lança mão e utiliza a fim de tornar-se sujeito do enunciado?* O objetivo desse primeiro momento da análise foi descrever os enunciados identificando quais posições de sujeito se pode e deve ocupar, visibilizando suas descontinuidades. À vista disso, para falar *a partir de* e *sobre* a prática do psicólogo/a em saúde, o/a participante precisaria se posicionar como sujeito dessa fala. Assim, a transcrição de cada entrevista foi lida integralmente e, em um arquivo a parte

(Apêndice 1), foram descritas as regularidades, frequências e distribuição dos elementos de diferentes enunciados. Esse primeiro exercício oportunizou a construção de uma rede de significações utilizadas pelo participante para ocupar o lugar de sujeito da narrativa.

Posteriormente, propomo-nos um segundo questionamento norteador: *Como esse participante, a partir desses discursos, faz a experiência de si enquanto psicólogo/a que atua na saúde?* O objetivo desse segundo momento fora o de analisar a relação do sujeito com a verdade, demonstrando suas posturas e posicionamentos como psicólogo/a da saúde. Assim como no primeiro momento, realizamos registros de modo a situar “as coisas ditas” – em sua força e forma – com a finalidade de fazer surgir a singularidade *na/* da experiência de cada participante (Apêndice 1). Ressaltamos aqui que evidenciar a singularidade da experiência narrativa também significa estar atento às próprias perguntas feitas pela pesquisadora durante o encontro da entrevista narrativa. Significa questionar-se sobre seus efeitos e o que produziram em termos de experiência.

Em ambos os momentos, mantivemos em mente, como pano de fundo, as noções foucaultiana de governamentalidade e cuidado-de-si, centrais ao objetivo geral da Tese. As rotas construídas proporcionaram circunscrever e analisar os diferentes discursos e as condições pelas quais os participantes do estudo fazem a experiência de si enquanto psicólogos/as que atuam em saúde e de como, a partir dos jogos de verdades dos discursos, utilizados *falam* sobre essa prática e *deixam-se ser falado* por ela. No próximo capítulo apresentar-se-á as produções narrativas da pesquisa e suas análises as quais seguiram o percurso ora explicitado.

Finalmente, faz-se mister ressaltar que por estarmos embasados em diretrizes cartográficas e na perspectiva foucaultiana de experiência, a análise das experiências narrativas, empreendida, visou “fazer surgir uma singularidade” (Foucault, 2003, p.339). Este tipo de análise posicionada e geograficamente situada deve ser conduzida sem a expectativa de dar conta (analisar e discutir) toda a narrativa com o intuito de atingir a completude do objeto em estudo (Barros & Barros, 2014). A ideia é, antes, assim como Foucault (2003), visibilizar o caráter singular dos modos pelos quais as participantes fazem a experiência de si enquanto psicólogas que atuam em saúde.

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.

(Foucault, 2007, p.13)

IV. ENTRE PERMANÊNCIA E FLUIDEZ: *Circunscrevendo territórios e construindo constelações.*

4.1. Espaço e subjetivação: *O hospital como territorialidade.*

Tendo explicitado o percurso metodológico – suas diretrizes e base teórico-conceitual –, no capítulo anterior, propomos agora caminhar em direção à análise das experiências narrativas da/ *na* tese. A análise encontra-se circunscrita entre a permanência e a fluidez das narrativas que trazem em seu bojo diferentes discursos. Neste sentido, uma das demarcações presente é o hospital enquanto territorialidade o qual – a partir de suas técnicas, conhecimentos e relações sociais – oportuniza, concomitantemente, diferentes processos de subjetivação. Isso significa dizer que, uma vez os sujeitos serem efeitos de diferentes discursos – produzidos no interior de inúmeras e bem concretas relações institucionais, sociais e econômicas –, diversas posições e modos de subjetivação podem ser lidos como efeitos da rede de poderes e saberes presentes em um território (Ferreira Neto, 2011).

Para Foucault, o termo território diz respeito a uma metáfora espacial a qual não significa apenas “uma noção geográfica, mas, antes de tudo, uma noção jurídico-política” utilizada de maneira estratégica (Castro, 2016, p.414). Enquanto metáfora, o termo território, designa o controle exercido por determinado tipo de poder. Conquanto o hospital, enquanto território, corresponderia aos poderes exercidos nesse espaço – através de práticas discursivas e não-discursivas – repercutindo sobre à maneira pela qual as participantes da pesquisa fazem a experiência de si enquanto psicólogas que atuam na saúde.

Deste modo, a partir da análise realizada, o objetivo do presente capítulo é apresentar os movimentos produzidos ao longo das entrevistas narrativas acerca das práticas discursivas e não-discursivas e seus efeitos. Seguindo o *ethos* analítico proposto no capítulo, destacar-se-á as criações e produções dos pontos e zonas de interesse comum – experiência compartilhada – responsáveis pelo tecer conjuntamente da experiência narrativa da/ *na* interação. A análise empreendida não teve por enfoque apenas o dito (plano das formas) antes, porém, buscou-se balizar as narrativas e o *que* era dito (conteúdo/ plano das formas)

através do *como* era dito (dizer / plano das intensidades). As observações livres registradas no Diário de Campo *no* cotidiano das idas às instituições hospitalares, propiciaram o acompanhar da/ *na* experiência, auxiliando a análise das narrativas na totalidade de seus planos e dimensões. Vale ressaltar que, ao longo da análise, receberam destaque os movimentos de ruptura despontados como *efeito* a partir da abertura comunicacional ensejadas nas narrativas entre o instituído e o instituinte.

A *experimentação* – o experimentar de ações criativas frente a especificidade e singularidade do objeto de estudo – (ver capítulo 2, pg. 57) foi, pois, pela escolha por uma *fição* conjunta entre a narrativa da entrevista e a narrativa do Diário de Campo. Ambos engendraram o *texto-experiência* ora apresentado, buscando-se forjar como produto uma narrativa crítica, *produzida* e localizada sobre as práticas “*Psi*” em saúde na territorialidade dos hospitais visitados.

4.2. Análise e Discussão das Experiências Narrativas: *Diário de Campo & Entrevista Narrativa.*

Retomando a *política da narratividade* (ver capítulo 2, pg. 63), nesse momento, apresentar-se-á a análise das experiências narrativas. Com o intuito de destacar a textualidade performativa, seu percurso será tecido a partir da dialogicidade e multiplicidade das vozes; ou seja, do intercruzamento das narrativas das Entrevistas Individuais, do Diário de Campo, dos Dados Sócio Demográficos das participantes, assim como das contingências territoriais das instituições hospitalares. Contudo, para distinguir e tornar visível a entrada das falas das participantes da pesquisa no corpo do texto, utilizar-se-á outra fonte (Ariel). As produções por ora expostas e trabalhadas, visam oportunizar o acompanhar dos movimentos destacando e evidenciando as posições e posturas adotadas. Cada tópico do presente item corresponde à análise de uma experiência narrativa (em sua totalidade) no qual, ao término, será oferecido ao leitor a constelação produzida da entrevista narrativa. As constelações serão referenciadas ao longo do corpo do texto, de modo a torna-la parte integrante do processo de análise/ discussão das produções narrativas. A sinalização ocorrerá da seguinte forma: sempre que

um fragmento de narrativa for utilizado o mesmo será identificado no texto entre parênteses por ordem de aparição e na própria constelação com uma seta indicando sua numeração. Por exemplo: (Ponto de análise 1, Constelação). Desse modo, o leitor saberá onde encontrar na constelação o ponto de análise trazida e trabalhada no texto experiência.

Vale ressaltar mais uma vez, que a análise das experiências narrativas ora apresentadas, as quais produziram um texto-experiência, são provisórias dado à descontinuidade e inventividade do movimento de análise. De igual modo, visto que as narrativas não são contínuas e não possuem uma origem fixa (inteligível e tangível), sua apresentação não seguirá uma linearidade dada e aparente. As constelações apresentadas ao final do capítulo anterior evidenciam essa descontinuidade, oportunizando sua leitura a partir de qualquer ponto de entrada.

4.2.1. Entrevistada n. 1 – “*Não sei se onde você trabalha é assim...*”.

Nossa primeira participante, Maria (nome fictício) é psicóloga, tem 39 anos, casada, onze anos de formada dos quais nove anos atua em hospitais. Possui especialização em psicologia hospitalar e em saúde coletiva. Quando da condução da entrevista em janeiro de 2017, Maria ocupava há um mês o cargo de coordenação do serviço de psicologia do Hospital 1, porém já atuava no mesmo há 8 anos. Desempenha atividades de assistência a pacientes e acompanhantes, assim como de ensino com supervisão e preceptoria dos programas de residência uni e multiprofissional. Trabalha em regime de CLT, sua carga horária de trabalho é de 30 horas como diarista.

4.2.1. a) Diário de Campo & Entrevista Narrativa:

Iniciei hoje as entrevistas de minha pesquisa, numa segunda-feira à tarde, com a coordenadora do serviço de psicologia do Hospital 1. Esse serviço é composto por um total de dez profissionais. A atual coordenadora, com quem conversei, exerce esta função há apenas um mês. A antiga coordenadora saiu para trabalhar em outra instituição e, atualmente, Maria é quem ocupa o cargo. Ela me recebeu no ambulatório geral de psicologia. Eu pude

perceber que haviam poucas pessoas circulando pelo hospital. Presumi que esse fato se desse, talvez, por ser uma segunda-feira à tarde, em um mês de férias. Quando eu entrei no prédio dos ambulatórios haviam alguns pacientes sentados do lado de fora das salas, como se estivessem aguardando por atendimento. Mas, no ambulatório de psicologia não havia pacientes. E, quando eu cheguei, Maria já estava lá em uma sala do ambulatório, me esperando. A secretária me recebeu e prontamente foi chamar a Maria. Ela veio ao meu encontro, me cumprimentou e conduziu-me até uma das salas de atendimento do ambulatório para que pudéssemos conversar. Nos sentamos e, de forma muito cordial, ela iniciou a conversa. Perguntou como eu estava e conversamos um pouco rapidamente sobre o dia.

Já havia conhecido a Maria quando da minha primeira visita ao hospital para a apresentação do projeto e solicitação da carta de aceite, por volta de setembro de 2016. Fui apresentada a ela muito rapidamente. Então, em certo momento, agora juntas na sala, comecei a falar da pesquisa. Apresentei-me melhor. Falei, rapidamente, de minha trajetória profissional e de como havia chegado até o objeto de estudo de minha tese. Expliquei-lhe o objetivo da pesquisa, do que se tratava a entrevista e, por fim, por onde iríamos caminhar. Maria acenou com a cabeça em concordância. Neste momento, lemos juntas o TCLE. Expliquei sobre a necessidade de gravar a entrevista, para fins de análise, tendo Maria consentido. Esse momento ocorreu de forma leve e descontraída. E, assim, foi! Pedi que me contasse como era a sua prática enquanto psicóloga que atua na saúde. Eu não sei como soou, mas eu senti uma certa... Um não saber como responder. Ou, um não saber como abordar. Ela, inclusive, chegou a me devolver a pergunta: “como assim minha prática”? Suas feições transmitiram dúvida. Precisei reformular a pergunta e trazer alguns exemplos. Foi aí que ela começou a falar

Restringindo-se a listar as atividades que desempenha no cotidiano do hospital, Maria disse trabalhar em ambulatório e enfermaria; na assistência ao paciente, família e equipe. Sintetiza sua fala esclarecendo que o atendimento abrange o suporte e o apoio ao paciente em crise, bem como à família e à mobilização da equipe. Nessa ocasião, dá ênfase à palavra **equipe** e explica que, em muitos casos, o cansaço dos profissionais de saúde ocorre devido à jornada de trabalho intensa em mais de um hospital – elevando o nível de estresse e respingando nos pacientes e acompanhantes. Logo de início, pode-se ver a sustentação da

fala de Maria na Saúde como território, do qual o hospital faz parte, e no intercruzamento enunciativo dos saberes produzidos pela psicologia hospitalar, psicologia médica, psicologia da saúde e saúde mental; no que se refere às atividades de psicólogos em hospitais.

Baseada na questão do cansaço e estresse da equipe, Maria introduz em sua narrativa as demarcações do Hospital 1, onde trabalha. Nesta ocasião, estabelece-se, na narrativa, um ponto de descontinuidade (figura 1). Maria, que inicialmente listava as atividades de seu cotidiano como psicóloga, passa então a abranger sua fala para questões relacionadas à territorialidade institucional: “A questão, também, aqui do hospital. Eu acredito que é muito paciente para pouco profissional. Então isso sobrecarrega eles, né?! E, de uma certa forma, respinga no paciente. Respinga no acompanhante. Tem enfermarias aqui que são muito densas e intensas, né” (Ponto de análise 1, Constelação). Este “aqui do hospital”, instaura uma fala posicionada de Maria em relação às condições e contingências da instituição na produção dos modos de subjetivação institucionais e em sua experiência enquanto psicóloga, dado ao fato que esse contexto “mobiliza e sempre o psicólogo é chamado” (Ponto de análise 2, Constelação).

Com base no dito: “Tem enfermarias aqui que são muito densas e intensas”, instaura-se um ponto de interesse comum (*inter-esse*), motivando a pesquisadora a comentar: Tu disseste que há enfermarias que são muito densas e intensas. O que as pessoas esperam de ti como psicóloga nesses cenários? A contar dessa intervenção, Maria, sustentada em enunciações discursivas da psicologia hospitalar, psicologia médica e da saúde mental, reúne diferentes situações para exemplificar quando, *como* e com qual finalidade a psicologia é chamada no hospital. A colocação: “Chama a psicologia porque aquele paciente está muito poli queixoso”, posiciona o psicólogo no lugar de alguém a ser convocado *quando* o paciente está quereloso e ninguém consegue atendê-lo. Assim como, também, posiciona o paciente na posição de receber atendimento psicológico *quando* está se queixando.

Interessante pontuar, nesse momento, o significado da palavra *queixa* o qual varia entre: lamuriar-se, chorar, gemer, lamentar; possuindo, também, a conotação de alguém que reclama, protesta e denuncia. As queixas, comumente, referem-se às dificuldades travadas no cotidiano do hospital às quais dizem respeito, na opinião de Maria, à: “dificuldade dos

profissionais em relação a essa... Essa vontade desse paciente de estar participando, de querer saber que medicamento é esse, né... [paciente falando]: ‘E esse médico vem de que horas?’, Né! ‘E a psicóloga, não vem não?’, ‘Eu quero uma psicóloga’, [equipe respondendo]: ‘Mas, você não precisa de psicólogo. Você está super bem’, Né! ”. Ou seja, dificuldades em saber lidar com o paciente como sujeito de sua saúde, doença, de seu diagnóstico e prognóstico. Dificuldades em posicionar a pessoa, ali presente, na posição de sujeito ativo e não de paciente. Desse modo, devido às queixas e a esse não saber como lidar com elas, a psicologia é convidada para “apagar incêndio” dos pacientes e para “construir pontes” entre os pacientes e os profissionais de saúde; no dizer de Maria: “Aí: ‘Chama a psicologia’. Vamos lá para ela fazer um atendimento. Depois o médico vem. A enfermeira vem...”.

À vista disso, a interdiscursividade da enunciação referida: “Chama a psicologia porque aquele paciente está muito poli queixoso”, propicia a abertura para outros questionamentos, a saber: 1. Quem é o paciente poli queixoso? 2. O que significa ser poli queixoso? 3. O que a psicologia faz com um paciente poli queixoso? 4. Quais intervenções podem ser conduzidas? 5. Quais técnicas o psicólogo deve utilizar? 6. O que fazer com a queixa do paciente? Questiona-se, igualmente: Qual a gerência e governo da psicologia sobre esse paciente poli queixoso? A psicologia estaria, aqui, enquanto estratégia de poder, sendo convocada a gerir essas queixas?

Não é de se admirar que Maria se identifique, a partir de discursos da saúde mental, e se posicione como “agente de saúde mental”; uma vez que, em seu entendimento, vê-se responsável por apresentar o paciente, nomeado como “queixoso” pela equipe, enquanto um ser de desejo que possui vontade. Isso ocorre, de acordo com Maria, porque o agente de saúde mental trabalha com: “o invisível do ser humano”. Refere-se, desse modo, ao seu papel na instituição hospitalar como o de: “mostrar que o que está ali naquela cama é muito mais do que a doença, é um ser humano que tem desejos, que tem virtudes, que tem defeitos, que tem questionamentos”. Em contrapartida, faz-se mister, visibilizar os pontos de contradição dessa posição de sujeito do discurso da saúde mental endereçada ao psicólogo como “agente” (Ponto de análise 3, Constelação).

De todo modo, ao afirmar que o paciente é um “ser de desejo” e que “ele não é um órgão, ele não é uma doença; ele é um ser humano”, Maria se apoia nos discursos do paradigma salutogênico e nos modelos de saúde integral e biopsicossocial. Nestes, o ser humano é compreendido como sendo um ser integral e a saúde nomeada, no dizer de Maria, como: “bem-estar total, espiritual, emocional e físico”. Chamar a psicologia apenas quando o paciente se encontra “poli queixoso” denota o modo de governo da vida pela razão governamental do território hospitalar em que Maria trabalha a qual é hospitalocêntrica e médico-centrada. Isto significa dizer que esta razão é baseada em relações hierarquizadas de poder, no qual todos que desse espaço fazem parte devem agir de acordo com o que é instituído à nível das práticas e suas técnicas.

Posicionar-se como agente de saúde mental pode vir a se constituir e configurar, tanto como uma prática de governo sobre a vida, como uma prática de cuidado de si; a depender das posturas e dos posicionamentos adotados. A título de exemplo, a afirmação sobre o papel do psicólogo no hospital como sendo o de: “ajudar aquele paciente, para ajudar a equipe de alguma forma” (Ponto de análise 4, Constelação), evidencia essa dupla possibilidade (de racionalidade governamental) e as contradições enunciativas produzidas pelas práticas discursivas (conhecimentos) os quais tomam corpo em técnicas e efeitos. Assim, a prática do psicólogo enquanto agente de saúde mental toma corpo em técnicas de “avaliação emocional do paciente”, as quais são utilizadas como estratégias de poder; a fim de preparar o paciente para o atendimento clínico de outro profissional e/ou para “procedimentos cirúrgicos”. Problematizar as práticas em saúde no cotidiano hospitalar oportuniza evidenciar os efeitos destas (enquanto práticas de governo sobre as vidas ou práticas de cuidado de si). E, ao pô-las em xeque, enseja a abertura necessária para a produção de novos efeitos.

Em relação à atuação e prática da psicologia no território hospitalar apresentado por Maria, poder-se-ia aqui pensar na arte de governar estudada e nomeada por Foucault como governamentalidade. A partir do Século XVIII, produz-se uma racionalidade de governo a qual não é o território que se governa e sim as pessoas. Desse modo, o território se torna uma estratégia privilegiada de governo, ampliando-se para isto um conjunto heterogêneo de tecnologias. O território, enquanto espaço e localização geográfica, passa a não ter mais a

primazia de governo, tornando-se um elemento secundário. Todavia, este ainda se faz necessário por possibilitar o estabelecimento de regularidades e continuidades. De acordo com Foucault (Hillesheim & Bernardes, 2014), a relação da população com o território é de fixação visto serem fixadas noções sobre quem se é, onde se vive, com quem se vive, como se vive, sob que condições se vive. Em um paralelo, poder-se-ia pensar sobre a fixação de elementos indentitários no território hospitalar como estratégias de governo delimitando territórios de pertencimento. O que, no caso da participante Maria, parece indicar que dentro do território hospitalar sua prática enquanto psicóloga legitima saberes e técnicas de governo sobre os corpos que ali se encontram – o dos pacientes internados –, numa modalidade de governo moderna que é o governo da alma.

Ao retomar a questão do estresse e sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, Maria afirma que, em alguns casos, após o atendimento ao paciente, verifica a origem da demanda como sendo do profissional. À vista desse fato, em algumas situações, tenta oferecer *feedback* sem, contudo, obter êxito: “Tem momentos que não adianta você nem tocar ou devolver isso para a equipe, para a chefia delas lá. Por que não vai ter... Né! ... Não vai ter, assim... Escuta dessa chefia ou desses outros profissionais”. A tentativa de fazer os profissionais refletirem sobre o modo como vivenciam o cotidiano no hospital, “o jeito como eles estão trabalhando, né, a intensidade”, varia de acordo com a enfermaria: “Tem enfermarias que sim, tem outras que infelizmente não... Porque a gente não consegue. A gente até tenta chegar lá e dar esse feedback, mas não consegue”.

Instaura-se, pois, aqui, a compreensão de que há vários hospitais dentro de um mesmo hospital e, por conseguinte, diferentes experiências. A depender da enfermaria e da chefia, assim como dos profissionais de saúde alocados no serviço, há, ou não, a possibilidade de levantar problematizações acerca do que mobiliza (e quem é mobilizado) dentro desses espaços considerados densos e intensos. Acredita-se, portanto, que por esse mesmo motivo, Maria se apoie na noção de que a psicologia hospitalar é uma área de atuação relativamente recente para nomear o tipo de trabalho que desempenha neste local como sendo o trabalho de uma “formiguinha” (Ponto de análise 5, Constelação) e, assim, como efeito, fazer a experiência de si enquanto psicóloga que atua na saúde.

Esta, inclusive, será sua rede de sustentação discursiva ao longo da experiência narrativa. A de que a psicologia no hospital possui uma história recente e, à vista disso, enquanto profissional, ela deve “desbravar” e “construir” seu espaço como uma formiguinha. Apesar de ter exposto anteriormente as dificuldades vivenciadas – sobre não conseguir conversar e ser escutada por algumas chefias e profissionais –, ao ser questionada em relação ao seu trabalho dentro de uma equipe multiprofissional, Maria responde: “Eu gosto de trabalhar em equipe. Eu sinto que o psicólogo é valorizado. Certo?! [...]A gente é sempre ouvida, né, quando vai discutir um caso. Entendeu. Eu acho (pausa longa) ”. Aqui temos, pois, o primeiro ponto de contradição narrativa oportunizando o engendramento de pontos de interrupção e rupturas.

Dada a entonação e a intensidade com a qual Maria finaliza sua colocação (Certo?!) – como se estivesse averiguando o grau de concordância da pesquisadora –, e dado ao fato de ter dito anteriormente que não era escutada por algumas chefias e profissionais, neste momento, é-lhe posto o seguinte questionamento: “Então essa valorização vem pela escuta? No sentido de que o que você fala é escutada. Seria isso? Como seria essa valorização? ”. Como resposta, Maria explica que a valorização está relacionada ao papel do psicólogo em “ajudar o paciente para ajudar à equipe” quando, por exemplo, os pacientes estão “depressivos”, “estressados” e “agredindo os profissionais”. Ao que parece, o valor do psicólogo é ajudar o paciente com a finalidade de ajudar a equipe (quando esse paciente estiver em crise, ou descompensado), além disso, apenas quando for requisitado. Fora desse escopo – de apagar incêndio e construir pontes quando convocado pela equipe –, há sinais ao longo de sua narrativa de que a atuação livre do psicólogo não é quieta. Mais à frente, em sua fala sobre a atuação no ambulatório, Maria irá explicar que apesar da psicologia ser a única categoria profissional a não precisar de encaminhamento médico para atendimento, encontra resistência por parte de colegas da enfermagem.

Quando questionada acerca de seus posicionamentos e posturas frente às dificuldades apresentadas, comumente, Maria demonstrava-se surpresa. Deste modo, percebi que precisava, ao longo da entrevista narrativa, fazer intervenções de forma a esclarecer o objetivo de nosso encontro. Precisava lembrá-la de que estávamos ali para problematizar essa prática e debater esse cotidiano. Para pensarmos juntas sobre o porquê fazemos o que

fazemos. E, deste modo, elucidar que o intuito não era avaliar a instituição e nem, tampouco, seu desempenho. Houveram momentos, em algumas perguntas específicas, em que Maria colocava a mão no pescoço e a mexia evidenciando certa tensão ou desconforto ao responder. Talvez exatamente por isso – por entrar em detalhes difíceis e nas tensões desse cotidiano – Maria mostrava-se inquieta e surpresa. Por se tratar de questões que tencionavam literalmente.

A luta (em termos de poder) é por ser ouvida/ escutada. Daí a associação com valor. É atribuído valor à profissão e ao profissional escutado. Quem é ouvida/ escutada nesse território tem poder. Então, de algum modo, faz-se necessário que Maria se posicione e ocupe papéis instituídos como os de “apagar incêndios” e “construir pontes”, posto que esse é o modo pelo qual pode ser escutada nesses espaços. De igual maneira, entende-se a postura de Maria ao lançar mão de posições históricas já conquistadas como as produzidas pelo discurso da saúde mental e da avaliação emocional com o intuito de justificar e demarcar sua atuação na territorialidade hospitalar: “Nós somos agente de saúde mental, né”. A intensidade com a qual esse enunciado é dito, certificando-se ao final (né?!), denota as delimitações para questões de produção de subjetividade e noção de sujeito: quem somos nós, afinal, e o que fazemos nesse espaço (hospital). Quais posições ocupar a fim de tornar-se sujeito da enunciação sobre a prática do psicólogo na saúde (atuando no hospital).

Há demarcações históricas existentes dentro dos diferentes cenários hospitalares, abrangendo as mais diversas práticas clínicas em saúde, as quais sustentam-se nas tramas das relações de saber-poder. Maria assinala estas demarcações, mais uma vez, ao pontuar que no cotidiano do trabalho no hospital há “impasses” e “tensões”. Fundamentada nos impasses e tensões, Maria, irá pela primeira vez durante a entrevista narrativa explorar a questão da desvalorização vivenciada no cotidiano do seu trabalho no hospital. Para exemplificar, diz: “Tem alguns médicos novos que, às vezes, eles não dão muita atenção à sua profissão, né. Residentes. [...]. Que quando você vai atender o paciente, você vai se sentar com ele [o médico] e ele não quer”. Destarte, há nesse espaço o exercício do governo das vidas e a gestão do cotidiano dos pacientes sem, conjuntamente, haver também o exercício do governo sobre as práticas e relações sociais ali existentes.

No que tange às relações e à comunicação entre os profissionais, são encontrados exemplos na fala de Maria, a prevalência de dois tipos de comunicação. O primeiro tipo de comunicação estabelecido é entre diferentes. Trata-se de uma comunicação hierarquizada entre duas categorias profissionais: “os médicos e os não-médicos”, “médicos e paramédicos” (Ponto de análise 6, Constelação). Neste vetor de comunicação é dito ser mais fácil de se comunicar com/ *entre* os não-médicos. Em relação à comunicação com a equipe médica, esta é apresentada como hierarquicamente superior, com a qual vivenciam-se barreiras comunicacionais: “tem uma barreirinha. Não é porque ele é mais antigo, né”.

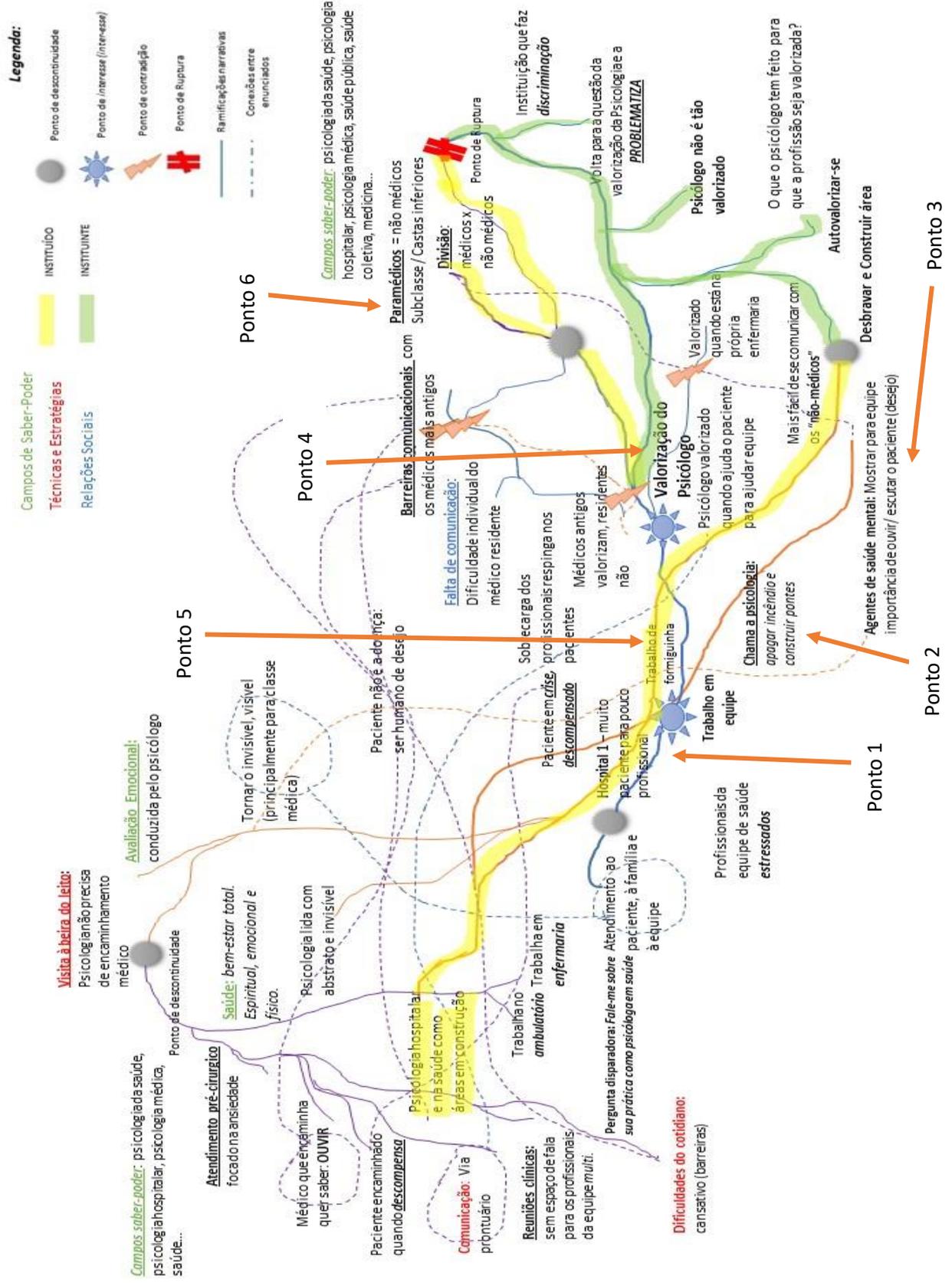
O segundo tipo de comunicação é a horizontal, entre “iguais” da mesma categoria não-médica; a qual é igualmente permeada por relações de poder. Na fala de Maria é possível serem encontrados diversos exemplos que denotam as tramas de poder que perpassam as relações e a comunicação nesse eixo. Ao referir-se que para atender a psicologia não precisa de encaminhamento médico, Maria traz à luz o descontentamento de outros profissionais da categoria não-médica (os quais precisam de encaminhamento médico para poderem conduzir uma avaliação clínica): “isso, de uma certa forma, bate de frente com a enfermagem. Tem algumas enfermeiras que não...[...] já virou cotidiano da gente. Eles já aceitaram de uma certa forma”.

Na territorialidade do hospital em que Maria atua, ela faz a experiência de si enquanto psicóloga como sendo uma profissional “não-médica” e, logo, considerada uma profissional “paramédica”. A experiência que faz de si mesma como uma “paramédica” é como uma subclasse, onde não é valorizada, há barreiras para se comunicar com os médicos. Onde atende-se o paciente não por conta do paciente, mas para que o médico possa atender melhor o paciente. E, neste sentido, a fim de que o médico possa atender melhor o paciente, este (o paciente) precisa estar bem e sem estar em crise (nem estressado, nem agressivo, nem depressivo). Por isso que se chama a psicologia. Ao esclarecer como se sente em relação a ser nomeada como “paramédica”, Maria rompe com a noção anteriormente apresentada de que a psicologia é valorizada e afirma agora, categoricamente, que ser “paramédica” é uma “subclasse” como se fossem de uma “classe inferior”! Prossegue com a ruptura de postura frente à questão por ela trazida sobre a valorização e diz se

questionar, às vezes, por que fez psicologia já que qualquer outro curso na área de saúde que não seja médico não é valorizado.

A partir das discontinuidades na experiência narrativa o ponto de ruptura foi produzido e, finalmente, Maria começou a problematizar sua prática enquanto psicóloga que atua na saúde, não trazendo para a entrevista apenas o instituído (um saber fixo de como as coisas devem ser, ou “são”); mas, sim, o instituinte (o devir – a questão que põe em movimento e abertura para outros modos de pensar sobre a sua atuação em saúde). No trecho de sua fala: “Às vezes me incomoda. Às vezes eu fico me questionando, no sentido de.... (Pausa e respiração profunda) É.... Às vezes eu até digo: ‘Meu Deus, para que eu fiz psicologia. Ou, para que fazer outro tipo de profissão na área de saúde se a gente não é tão valorizado”. A expressão: “Ficar pensando”, retoma a questão de dar-se conta que há algo que está sendo “produzido” em termos de posturas e atitudes nos profissionais de saúde e nos profissionais em formação (residentes de medicina e os residentes da *multi*). Principalmente, pois, agora Maria se dá conta de que os residentes estão sendo formados em uma instituição que faz essa discriminação. Considerando, assim, que a dificuldade e a barreira na comunicação não são da ordem do indivíduo, antes, porém, efeito das práticas instituídas.

Figura 3 – Constelação narrativa da entrevista 1



4.2.2. Entrevistada n. 2 – “*Mais do que falar, eu tinha que fazer*”.

A segunda psicóloga a ser entrevistada foi a Lídia (nome fictício). Formada há vinte e cinco anos, quando da execução da entrevista, atuava há vinte e três anos no Hospital 2. Funcionária Pública, atende pacientes, familiares e cuidadores na enfermaria de Clínica Médica e Geriatria. Em seu percurso dentro da instituição, Lídia já chegou a atender, concomitantemente, no ambulatório geral de psicologia, na emergência, e em diferentes Enfermarias. Todavia, dado ao fato de, atualmente, o hospital não ter mais ambulatório geral de psicologia, encontra-se alocada exclusivamente na enfermaria de clínica médica. Preceptora e Supervisora de Estágio em Psicologia e Residência Multiprofissional. Lídia é pesquisadora independente no Hospital 2, e membro do grupo de pesquisa de geriatria.

4.2.2. a) Diário de Campo & Entrevista Narrativa:

Hoje foi a minha segunda ida ao campo para a produção de experiências narrativas. Visitei outro hospital. Ao chegar, precisei me identificar na portaria para poder subir até o andar da sala de psicologia. Tive que subir pelas escadas, uma vez que o elevador estava quebrado. Havia movimentação moderada no *hall* principal da entrada. Pessoas subiam e desciam as escadas. Aguardei alguns minutos a movimentação diminuir e, em seguida, subi. A sala de psicologia fica no segundo andar próxima à enfermaria de traumatologia-ortopedia pediátrica. Quem me recebeu e convidou para entrar foi a coordenadora do setor. Assim que entrei, me deparei com uma sala cheia. Encontrei-me com Lídia, a psicóloga com quem conversei em setembro do ano passado, quando estive no hospital para apresentar a pesquisa e solicitar a carta de aceite.

Lídia estava finalizando a orientação de TCC com uma de suas residentes e, por isso, pediu-me para que sentasse e aguardasse um pouco enquanto ela concluía. Prontamente, Larissa, a coordenadora, sentou-se ao meu lado e começou a falar sobre como havia se interessado por minha pesquisa. Outra profissional, Clara, se aproximou e me cumprimentou. Ambas, Larissa e Clara, me fizeram companhia enquanto eu aguardava por Lídia. Estas iniciaram uma conversa sobre suas práticas em saúde mental no CAPS e compartilharam suas dificuldades e desafios. Fiquei ali sentada, ao lado delas, escutando. Havia na sala, além de

Lídia, Clara e Larissa, mais duas psicólogas *staff*, duas residentes e mais cinco estagiárias de psicologia.

A sala, dividida em dois ambientes, é ampla e bastante iluminada. O espaço no qual nos encontrávamos possui uma mesa oval grande, ao centro, e cadeiras ao seu redor. Na sala menor, ao lado, ficam guardados os armários com as fichas de atendimento dos pacientes. As duas salas são separadas por uma parede e uma porta. Na sala grande há, em um canto, uma pequena mesa com bandeja de café, água, biscoitos e, em cima, um mural com fotos e recordações das atividades do setor e dos profissionais. Como cheguei logo cedo pela manhã, pude ver a movimentação das psicólogas *staff* conduzindo o encontro de preceptoria dos atendimentos junto às residentes e estagiárias. Haviam bolsas, cadernos, pastas e jalecos misturados em cima da mesa. Pairava sobre aquele lugar e aquelas pessoas um clima leve, descontraído e harmonioso enquanto conversavam; apresentando-se, para mim, como um ambiente vivo. Um espaço de trocas e conversas. Passados alguns minutos (15 aproximadamente), Lídia me convida para ir à sala ao lado.

Sorridente e com um tom firme em sua voz, Lídia inicia sua narrativa pelo que chama de “começo”. O começo a que se refere é tanto o de sua carreira enquanto profissional que atua em saúde, como o princípio do serviço de psicologia do Hospital 2. Ambas – história pessoal e história do setor de psicologia – são apresentadas atravessadamente como acontecimentos concomitantes. A realização do curso em psicologia hospitalar logo após sua graduação e a condução de seu estágio de conclusão em dois hospitais gerais, entrelaçam-se ao início de suas atividades no Hospital 2, a partir do concurso realizado em 1993. A necessidade de montar o serviço e estruturar o setor impunha, às profissionais de psicologia da época, demandas de ordem prática: “a ideia da gente era que: ‘a gente tem que deixar claro o que é psicologia hospitalar’; que era uma coisa nova para psicólogos também”. Desse modo, desde o início, Lídia explica ter sido primordial “conhecer a área” (Ponto de análise 1, Constelação). A grande questão pontuada, no que tange à sua experiência como psicóloga atuando na saúde – em específico, no hospital –, fora: “eu vim fazer o que aqui?”. Isso porque, em seu entendimento, no Brasil, “tudo é a prática que dá o nome”. Logo, questiona-se: que prática seria esta da psicologia *no* hospital? A que essa prática se refere? Quais são os saberes que a sustentam?

Ao afirmar: “a gente estava entrando no campo e pensando”, Lídia visibiliza quais saberes e técnicas disponíveis naquele tempo sócio histórico ofereciam as condições de emergência para a formação do campo discursivo que veio a ser nomeado como Psicologia Hospitalar. A Psicologia Clínica, por exemplo, é apontada pela participante como um dos saberes primordiais ao início das produções da psicologia na saúde. Isso porque, de acordo com Lídia: “em qualquer lugar que você for, a clínica vai estar lá”. Todavia, o cotidiano do hospital reivindicava a construção de “outro modelo de setting terapêutico”. “Dominar a psicologia” passara a ser uma prerrogativa e “desafio” colocados a si mesma; assim como, também, o estudo da Psiquiatria, da Psicopatologia e da Saúde Mental. A Saúde Pública e o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, configuravam-se como esteio e, ao mesmo tempo, delineavam o panorama para o debate deste fazer, da psicologia no hospital, o qual deveria basear-se nos saberes acima apresentados a fim de construir seus próprios saberes.

Em um primeiro momento, à vista da afirmação: “deixar claro o que é psicologia hospitalar”, poder-se-ia pensar que a psicologia no hospital estivesse – em termos de conhecimentos e técnicas –, pronta para ser descoberta pelos psicólogos e apresentada aos profissionais de saúde. No entanto, a ênfase dada ao final de sua colocação: “que era uma coisa nova para psicólogos **também**”, remete-nos ao fato de que o fazer da psicologia *no* hospital estava ali sendo engendrado como efeito das práticas discursivas e não discursivas, dos embates das relações sociais e de poder, à medida que se estruturava. Então, ao longo da narrativa de Lídia, essa questão permeia as situações descritas enquanto ensaios e titubeios; feitos e realizações em busca por respostas para a problemática apresentada: “o que é psicologia hospitalar? ”, uma vez que esta era sua “grande ansiedade”.

Uma das primeiras experiências compartilhadas durante a entrevista narrativa exemplifica a dupla construção (de si e do serviço) através das práticas, e suas relações de saber-poder. Lídia narra uma situação de embate junto a um médico *staff* (o qual não se encontra mais na instituição) e uma enfermeira: “Diga a menina de psicologia que não é para entrar não”. Explica que, na época, por ser ainda muito jovem (por volta de seus 22 ou 23 anos), e devido ao fato de ser recém-chegada ao Hospital 2, sentiu o impacto do interdito. Apesar de sua primeira tendência ter sido “bater de frente”, conta que por estar

chegando decidiu “mostrar” o que faz: “Tudo bem. Mas, eu sou a psicóloga daqui. E o que é que eu estava dizendo para ele: ‘Eu vou continuar circulando. Entrando em todos os lugares’. Ele não tinha como me proibir”. Depois de algum tempo, conta Lídia: “Houve um pedido. Um residente que não sabia da ordem do seu staff. E eu atendi o pedido, é lógico né (sorriso)”. Posteriormente, durante a visita médica, um dos pacientes atendidos por Lídia posiciona-se dizendo que depois do atendimento da psicologia, sentia-se melhor: “Não era uma coisa... Assim, não era nada muito, muito complicado de intervir. Mas, assim, estava muito difícil a condução, né. Ele não estava colaborando muito e estava angustiado pelo ambiente. Não era nem pela patologia”. É notável pontuar, nesse momento, o fato de o foco do atendimento estar centrado na condução da conduta do paciente durante o tempo de internamento hospitalar e em como, a partir da intervenção da psicologia, esse ambiente passa a ser caracterizado como “menos angustiante”. Em paralelo, segundo a participante, esse mesmo paciente passa a “colaborar mais” com o que estava ali ocorrendo em termos de procedimentos. Esse duplo movimento remete às contradições enunciativas as quais afirmam a ação do interdiscurso e das lutas dos diferentes campos de saber. Isso porque, a depender das posturas e posicionamentos adotados, a ação e o agir sobre a pessoa do paciente, pode ser caracterizada como uma estratégia de poder e condução de condutas e, não, de fato como empoderamento do paciente.

Interessada em aprofundar a perspectiva de Lídia em relação à vivência narrada, apresento-lhe, na sequência, a seguinte questão: “E o que levou o médico a dizer que não era para você entrar?”. De forma firme e segura, Lídia responde: “Era uma coisa nova. Eu percebi assim. Ele não conhecia!”. Sua resposta mantém a mesma perspectiva outrora expressa. Por não ser conhecida, naquela temporalidade, a Psicologia Hospitalar precisava ser apresentada e esclarecida aos profissionais de saúde; cabendo ao psicólogo “mostrar” aos demais sua prática neste espaço. A narrativa empregada para demonstrar essa necessidade denota tanto as relações assimétricas de poder, dentro do espaço institucional do hospital, como da construção em si do lugar a ser ocupado pela psicologia dentro de sua territorialidade. As posturas adotadas por Lídia, de “continuar circulando” e “mostrar o que faz”, podem ser aqui pensadas enquanto movimentos de resistência;

como *efeitos* ao exercício do poder médico. Ao longo de toda a entrevista narrativa, Lídia demonstrará, através da descrição de diferentes situações vividas, posicionamentos que variam entre a resistência (como *efeito* de relações de poder) e a prática assimilada como estratégia de poder.

Por conseguinte, o enunciado anteriormente apresentado a partir do questionamento “o que é a psicologia hospitalar? ”, põe em foco, mais uma vez, questões primordiais posto que na rede dos jogos enunciativos questionar-se sobre o que vem a ser a psicologia hospitalar, implica, igualmente, fazer-se outras questões. Como por exemplo: quem é o psicólogo no hospital? E, o que faz? Estas indagações podem ser vistas nas colocações apresentadas por Lídia: “Eu precisava entender que sentido que tinha o meu trabalho. Eu vim fazer o que aqui? ”. Por estar alocada na enfermaria de clínica médica, este “aqui” ao qual se refere diz respeito não apenas à territorialidade do hospital, mas também à rede de relações sociais, às tramas de saber-poder e as práticas próprias *da* clínica médica. Dessa maneira, *na* clínica médica, o fazer da psicologia inicialmente apresentava-se como “atender pacientes que não colaboravam com a hospitalização”. Assim como, também, atender aqueles que estivessem “em pleno surto”. Principalmente, em relação aos pacientes “em surto”, era-lhe dito: “Chama a psicologia! ” (Ponto de análise 2, Constelação).

Doravante, analisar a trajetória de Lídia apoiados em Foucault, remete-nos à discussão sobre como cada prática – seus saberes e técnicas – engendra e tem por *efeito* o objeto que lhe corresponde. De igual modo, as técnicas e conhecimentos são por esse mesmo objeto constituídos e modificados exatamente através da ação de seus enunciados. Ou seja, o fazer do psicólogo no hospital engendra-se junto à produção do campo de saber da psicologia hospitalar. No dizer de Lídia: “Isso ficou muito claro para mim quando a gente começou a fazer reuniões de psicólogos do Estado. Foi uma necessidade nossa exatamente para pensar uma nova prática que estava chegando e era um desafio”. À vista desses fatos, “conhecer” a área significava “construir”, pois, tratar-se-ia não apenas de revisitar a teoria na prática, nem, tampouco, aplicá-la; antes, porém, de produzir novos saberes *a partir* das problematizações que surgiam *no* cotidiano. Uma vez que a psicologia hospitalar não é um objeto dado naturalmente, seu fazer se fundamenta e se

explica em cada momento da história pelos *efeitos* produzidos através das diferentes práticas discursivas e não-discursivas dentro de uma determinada territorialidade: “uma prática que vai delinear uma nova teoria”.

Outro ponto de interesse comum (*inter-esse*) é lançado à participante pela pesquisadora, através da seguinte pergunta: “Como é a sua prática de escrever ou reescrever essa teoria? ”. A resposta da participante leva-nos a refletir sobre o espaço da supervisão de estágio enquanto um local propício à *criação* e inventividade dessa prática do psicólogo no hospital. Por meio deste, discussões e debates provocavam a elaboração de experiências: “Não era um texto. Era um texto não com palavras, né. A gente discutia aqui, falava, apresentava”. Esse “texto não com palavras”, pautado em experiências, era apresentado em salas de aula a convite de diferentes instituições de ensino superior uma vez que, na época, não existiam (ou, eram raros) professores da área. Desse modo, considera Lídia, “você acaba repensando essa teoria”.

A busca por especialização através da leitura de materiais, o investimento em palestras e a supervisão de atendimentos, compõe alguns dos movimentos de produção das práticas discursivas da psicologia no Hospital 2. Práticas estas de produção de saberes, os quais lhes conferem poder nas tramas das relações sociais dentro da instituição hospitalar. Arelados à essa produção (saber-poder), outro acontecimento importante foi a estruturação do estágio em psicologia vindo este a ser utilizado como estratégia (de saber-poder) do serviço, cuja finalidade fora a de “formar novos profissionais e estimular alunos à essa área”. Em vista disso, as práticas e suas estratégias produzidas, demarcaram a construção do que viria a ser o serviço de psicologia no interior das contingências territoriais do Hospital 2. Contingências essas circunscritas pela limitação de recursos humanos e pouco investimento financeiro: “a gente que procurou, né. ‘Ah, vamos fazer um grupo de supervisão’. A gente que pagava, né. O grupo de estudo e tirava do nosso bolso”.

Vale ressaltar, assim, que a produção da psicologia hospitalar enquanto prática do psicólogo na saúde, encontra-se relacionada – na narrativa de Lídia – às questões de má gestão da Saúde Pública, descontinuidade de programas e governos, e, principalmente ao pouco investimento em recursos humanos e baixa remuneração: “Os baixíssimos salários

é outra coisa que eu acho que tem um peso grande” (Ponto de análise 3, Constelação). Isso significa dizer que a territorialidade da Saúde, enquanto instituição, também impõe as condições de possibilidade para as produções das diversas práticas e modos de subjetivação (experiência de si) dentro do hospital. No dizer de Lídia: “A cada governante que muda, muda o secretário de saúde e muda o diretor. [...] E, aí, não se vê o trabalho que tem não. Simplesmente muda! ”.

Outro fator apresentado como desfavorável para as atividades exercidas em saúde, no entendimento de Lídia, é o fato de que “até hoje, a maior parte de pessoas que trabalham aqui, todos, inclusive, os psicólogos, não sabem SUS. Não conhecem o SUS” (Ponto de análise 4, Constelação). Faltando, em sua opinião, da parte da gestão pública ações de capacitação dos servidores do Estado: “Hoje em dia já tem. Mas, na minha época a gente entrou como a maior parte dos concursos. Entrou e vai ser lotado e começa a trabalhar. Então, as próprias secretarias de saúde – do estado e prefeitura –, não se preocupam em preparar os profissionais”. Ora, mas o que torna estas questões conjunturas necessárias de serem debatidas? E, mais, o que faz com que na experiência narrativa de Lídia, estas indagações sejam levantadas? Qual a importância política dos profissionais de saúde conhecerem o SUS; por que esta seria uma questão? E, ainda, qual a relevância em preparar profissionais para atuarem no SUS?

Ao longo da entrevista narrativa, Lídia demonstra atitudes de problematização e reflexão sobre a construção de seu espaço e fazer como psicóloga *no* hospital. Posiciona-se veementemente contrária à baixa remuneração da categoria, argumentando em favor da valorização de seu trabalho e da importância da sua atuação para a saúde mental do paciente no hospital geral. O fato de Lídia fazer uso dos discursos do Sistema Único de Saúde, da Saúde Coletiva, da Saúde Mental e das Políticas Públicas para posicionar-se politicamente e narrar sua experiência ética enquanto psicóloga no hospital, visibiliza os modos de subjetivação produzidos no interior das relações institucionais, sociais e econômicas narradas. Modos estes, pelos quais, Lídia faz a experiência de si através de atitudes e posturas reflexivas; demonstrando uma agitação, um movimento de permanente inquietude – o que, em uma perspectiva Foucaultiana, corresponderia ao princípio fundamental que caracteriza a atitude filosófica de cuidado-de-si.

Neste momento da entrevista, introduzo um ponto de descontinuidade com a finalidade de ampliar o debate acerca da atuação do psicólogo em saúde mental. Questiono: Eu me recordo que você falou sobre como compreende a prática do psicólogo no hospital como uma prática de saúde mental. Como você se vê fazendo saúde mental em uma instituição hospitalar? Mesmo considerando a noção de saúde propagada pela OMS, na década de 40, como “ampla” e “utópica”, Lídia fundamenta-se nela para responder à questão proposta. Em sua compreensão, a noção de saúde enquanto “completo bem-estar” não se refere unicamente à saúde do corpo antes, porém, inclui a “qualidade de vida”. Principalmente dentro do contexto hospitalar, essa noção trouxe um “avanço qualitativo” por tratar sobre “lazer” e “ver a parte social”. É, neste sentido, que entende seu papel como sendo o de “cuidar para promover” e “chamar atenção” para o fato de que essa saúde mental faz parte do contexto e do ambiente hospitalar. Exemplifica retomando a situação anteriormente narrada do paciente que, após sua visita, disse sentir-se melhor: “Então, tem toda essa coisa do ambiente. [...] Esse ambiente produz, né, sofrimento psíquico”. Dessarte, mesmo apresentando-se como psicóloga hospitalar, Lídia entende suas intervenções à nível de saúde mental, à medida em que deve “esclarecer, informar e desmistificar” questões sobre esse ambiente. É, neste sentido, continua Lídia, em que reside o valor de seu trabalho. A valorização, nesta perspectiva, seria uma consequência dessas atitudes e das intervenções conduzidas junto aos pacientes, uma vez que: “as pessoas vão te dando mais confiança e entendendo o que você faz. Então, não tem que ter tanta preocupação: ‘Ah, não valoriza o meu trabalho’. Eu que tenho que entender o que eu estou fazendo! ”. Do mesmo modo, posiciona-se contrária a ideia de ter que saber os termos técnicos de outras profissões

À vista disso, em seguida, um novo ponto de interesse produz-se: – “Eu achei esse ponto interessante. Quando você traz o seu posicionamento sobre a questão da valorização”. Então, Lídia menciona já ter vivenciado momentos nos quais viu-se correndo atrás do médico para dialogar e dar retorno de parecer solicitado. Assim como, também, em outros momentos, a depender da postura e conduta médica, recuar de atendimentos. Por esse motivo, no que tange à valorização de sua profissão e de sua prática, Lídia apresenta seu posicionamento como sendo o de “não esperar que o outro valorize”. No seu

entendimento, a valorização trata-se de uma “conquista” do lugar a ser ocupado *no* cotidiano do hospital, a qual advém do fruto de exercícios ético-políticos de suas ações. Isso significa dizer que a queixa – muitas vezes recorrente em relação à falta de valorização do trabalho do psicólogo por parte de outros profissionais de saúde –, provém do fato de o próprio psicólogo “não saber o seu lugar”.

É oportuno destacar, porém, este momento da narrativa de Lídia, como ponto de contradições enunciativas. Isso porque este mesmo lugar e valorização da prática da psicologia no hospital passa a ser esmiuçado em maior profundidade. E, à medida que relata suas experiências, Lídia diferencia o modo pelo qual vivencia “o lugar da psicologia” a depender da equipe; deixando este de ser apontado como uma “conquista” pessoal e passando a ser considerado como *efeito* de embates e relações sociais situados em territorialidades específicas dentro do hospital: “Eu participo dessas duas equipes na Clínica Médica. A Clínica Médica e a Geriatria. Aí tem a equipe multi [da clínica médica] que eu sempre trabalhei e que eu fui sempre bem-recebida. [...] Mas, é diferente do movimento da geriatria. [...]. Aí a gente percebe claramente a diferença de trabalho. A condução, no mesmo espaço físico, é diferente” (Ponto de análise 5, Constelação).

Afirmar a diferença de condução no mesmo espaço físico, a depender da equipe – das relações de saber-poder e sociais – nela existente, significa visibilizar os diferentes posicionamentos e posturas como efeitos dessas relações. À exemplo, pode-se situar os diferentes tipos de comunicação produzidas. Na equipe multiprofissional da clínica médica, Lídia considera o trabalho realizado como sendo de uma equipe interdisciplinar, uma vez em que: “Se trata de um passo a mais. É uma multi que troca. É uma multi que se deixa sair do conforto de sua percepção e ouvir outras e voltar para o paciente de uma outra forma” uma vez que “a equipe faz a gente pensar”. Isso ocorre pois, com essa equipe, é possível “ter discussões, às vezes, bem calorosas”, com respeito e, posteriormente, sair “para comemorar algo e continuar uma conversa”.

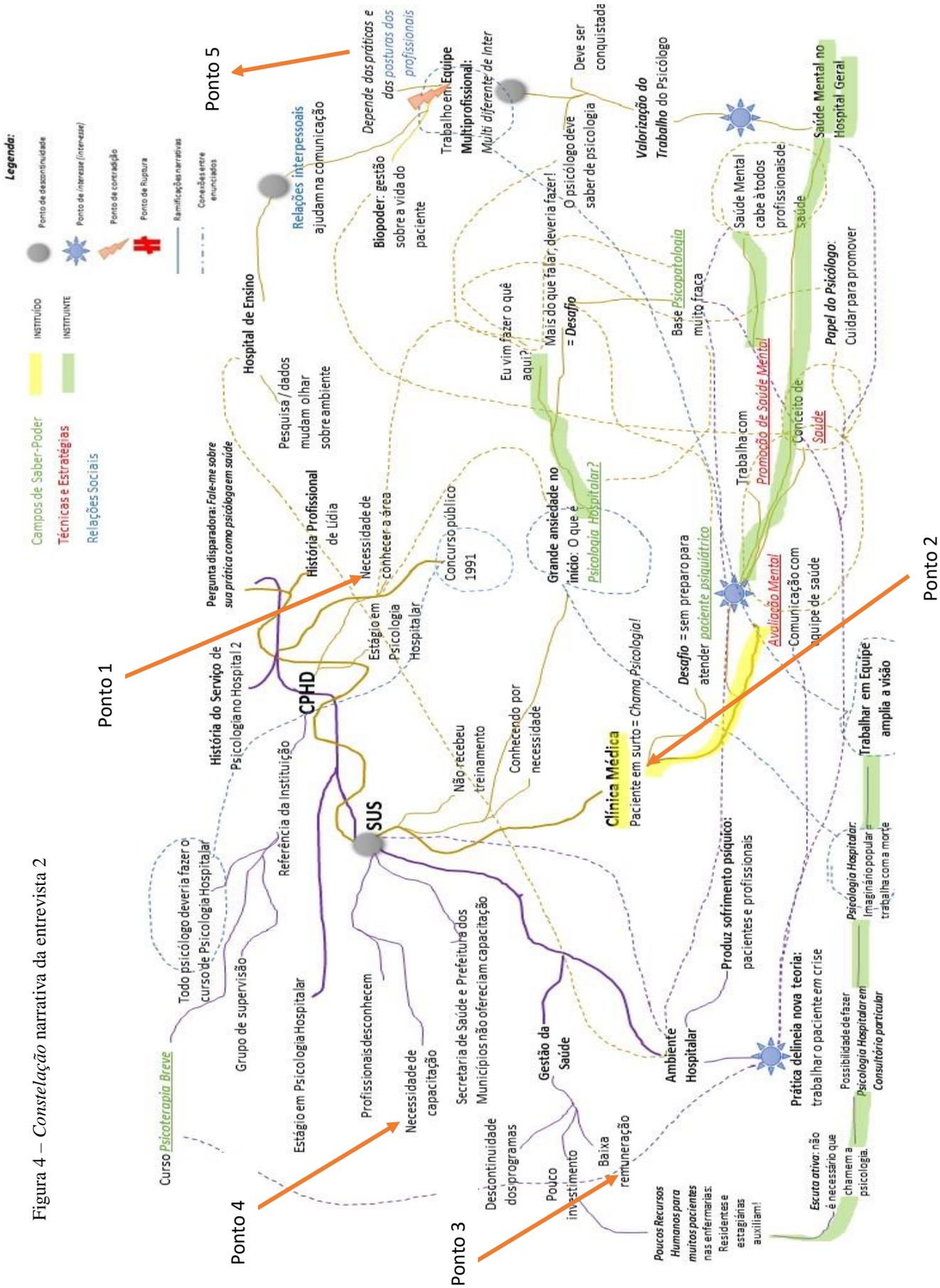
A possibilidade de aprender com outros profissionais e dar-se conta que, a depender da equipe, tem-se a oportunidade de demonstrar diferentes posicionamentos e posturas, a

seguinte questão é apresentada: “E como você se vê, ao longo desses anos, se construindo como uma psicóloga que atua na saúde? ”. Para Lídia, sua trajetória – tanto pessoal como profissional – resume-se no “antes e depois da psicologia hospitalar”. Isso porque, à medida que vivenciou diferentes situações e embates nos espaços do hospital – tanto nas equipes, junto aos profissionais, como com os pacientes –, aprendera a “valorizar o que realmente tem valor”. O discurso da “aprendizagem” produzido por Lídia, também pode ser aqui apontado como oportunizando a experiência de si.

Na aula de 13 de janeiro, de 1982, proferida no Collège de France, Foucault (2013), ao tratar sobre a relação sujeito-verdade, através da análise do cuidado-de-si, irá apresentar o diálogo entre Sócrates e Alcibíades a fim de distinguir a aprendizagem do ocupar-se consigo. Desejoso em transformar seu status privilegiado em ação política – para poder governar os outros –, Alcibíades recebe uma palavra dirigida por Sócrates sobre a necessidade de ocupar-se consigo mesmo a fim de tomar consciência das qualidades que possui e descobrir sua inferioridade em relação aos seus inimigos (riqueza e educação). O cuidado-de-si eclode, pois, como uma urgência quando Alcibíades se apercebe que ignora qual é o objeto do bom governo. Todavia, nesse momento Sócrates dirige-se à Alcibíades afirmando que ele ainda é jovem e tem tempo; não para aprender, mas para ocupar-se consigo. E, ao ocupar-se consigo através das práticas, transformar o modo de ser enquanto sujeito através do conhecimento da verdade; da verdade de si.

Este parece ter sido o caso de Lídia, uma vez que ao afirmar os movimentos, processos, embates e lutas vivenciados no hospital, constituíram-se enquanto práticas propiciando o “amadurecimento na postura”. E, como outrora dito, o “construir-se como psicóloga que atua na saúde”, significando em uma perspectiva foucaultiana, a construção de uma ética, uma estilística, um modo de ser singular na relação consigo e com os outros dentro do hospital.

Figura 4 – Constelação narrativa da entrevista 2



4.2.3. Entrevistada n. 3 – “*Eu busquei isso de forma muito intuitiva*”.

Aline, Psicóloga, 36 anos, funcionária pública, especialista em psicologia clínica. 14 anos de formada. Quando da realização da entrevista, trabalhava no Hospital 3 desde 2006 (há 11 anos) e ocupava, há dois anos, a função de coordenadora do serviço de Psicologia. O serviço conta com um total de sete psicólogos e cinco estagiários. Atua como preceptora de residência em psicologia, na assistência à pacientes, familiares e cuidadores, no ambulatório geral de psicologia, e em duas enfermarias de alta especialidade. Possui carga horária de 30 horas de trabalho semanais na instituição, e atende também em consultório particular.

4.2.3. a) Diário de Campo & Entrevista Narrativa:

Hoje foi dia de visitar o Hospital 3. Trata-se da minha primeira visita à essa instituição, cujo foco de atendimento é bastante específico (HIV e Meningite). Não se trata de um Hospital de alta complexidade, mas de média complexidade. Aline e eu nos conhecemos em setembro de 2016, quando da minha visita para a apresentação do projeto de pesquisa e solicitação da carta de aceite da instituição. Foi através dela que pude ter acesso à direção do Hospital. Da apresentação do projeto até o início das entrevistas narrativas se passaram quatro meses e, devido ao tempo decorrido, quando entrei em contato para agendarmos a data da entrevista, Aline disse não estar mais lembrada do que se referia a pesquisa. Antes mesmo de nos encontrarmos no Hospital, por telefone, ela me pediu para chegar mais cedo afim de esclarecê-la sobre os objetivos do meu estudo. Desse modo, agendamos um dia e horário – que no caso foi hoje – para que eu pudesse relembrar a mesma qual o meu problema de pesquisa e o que estava estudando.

Marcamos às 16 horas, pois segundo Aline seria o melhor horário para me receber no ambulatório. Cheguei em torno de 10 minutos antes do horário agendado e estacionei o carro no estacionamento do Hospital. Fui até a recepção do prédio do ambulatório geral – local onde agendamos o encontro –, a fim de comunicar minha chegada. Suponho que por ser um mês de férias e estarmos no final da tarde, não haviam pacientes presentes nos espaços de circulação do prédio do ambulatório. Uma enfermeira se encontrava no posto de recepção, assinando algumas guias. Ao ser interrompida por minha presença junto à sua bancada, ela

prontamente abaixou sua prancheta e caneta. Fitando-me nos olhos, perguntou: “Você está procurando por quem?”. Ao que respondi: “A psicóloga Aline. Marquei com ela às 16 horas”. Acenando com a cabeça, levantou-se e andou em direção a um corredor que ficava à sua esquerda. “Aguarde um momento que vou chamar Dra. Aline. Como é seu nome?”. Nesta ocasião, me apresentei e agradei a gentileza. Sentei-me em uma das cadeiras da bancada que havia ali na recepção e fiquei aguardando o seu retorno. Alguns minutos se passaram até que, finalmente, a enfermeira voltou: “ela está atendendo e pediu para você esperar”. Minha resposta de imediato foi: “Será que ela irá demorar?”.

Depois de receber um retorno positivo, além de um encorajamento para sentar-me, decidi voltar para o meu carro e esperar lá. O estacionamento do Hospital 3 é amplo e arborizado. Fiquei ali sentada olhando o pouco movimento. Aguardei cerca de uma hora e quinze minutos. Passados esse tempo, ela me encaminhou mensagem via celular e pediu-me que entrasse na sala 3, no ambulatório. Ao entrar na sala, Aline estava sentada do outro lado da mesa. Levantou-se para me cumprimentar e iniciou pedindo desculpas por ter-me feito aguardar por tanto tempo. Explicou-me que, de última hora, um paciente grave foi agendado e ela não poderia deixar de atendê-lo. Tranquilei-a respondendo que conhecia bem a rotina de um hospital, e sabia o quanto aquele é um espaço de acontecimentos inesperados. Essa situação acabou por nos oferecer o preâmbulo para a entrevista. Mostrei o TCLE, li junto com ela os objetivos da pesquisa e esclareci que estava ali para debatermos sobre a prática do psicólogo no cotidiano de seu trabalho.

Aline, prontamente, tomou a palavra e iniciou sua fala sobre a estrutura e o funcionamento do hospital. Ainda sem ter apresentado a pergunta disparadora, mas já atenta ao movimento da narrativa, fiquei ali escutando-a falar acerca do serviço de psicologia e de como – por ordem da direção –, “é a psicologia que dá o retorno do teste de HIV ao paciente” para só então ser encaminhado ao infectologista. Depois de alguns minutos fez uma pequena pausa, olhou-me nos olhos e disse: “Pronto. Pode começar”. Como já havíamos iniciado, apenas sorri e pedi que continuasse: “Estamos caminhando bem. Gostaria de ouvi-la sobre a sua prática como psicóloga em saúde”. Na sequência,

Aline responde: “Certo. Vamos lá. É... A minha prática hoje... O que é que eu penso. Na verdade, assim, na própria faculdade.... Eu posso começar daí? ”.

A inserção de sua “trajetória pessoal” na construção narrativa produzida *na* experiência da entrevista, direciona conjuntamente para a multiplicidade de fatores históricos responsáveis por sua atuação em saúde; mais especificamente, sua atuação no hospital. Desse modo, faz-se mister atentar para o fato de que, ao introduzir sua “experiência pessoal”, uma interrupção se produz no fluxo inicial do movimento da narrativa. Uma pausa se apresenta diante da temática em curso acerca da ação da psicologia no hospital 3. Essa ruptura, porém, será posteriormente resgatada na fala de Aline. Entretanto, por ora, a participante discorre sobre a relação entre dois eventos, a saber: o diagnóstico de câncer da sua mãe e sua prática como estagiária em psicologia hospitalar.

Diante da indagação: “Eu posso começar daí? ”, uma resposta exprime-se: “Pode! ”. O retorno dado pela pesquisadora à participante objetivou produzir a abertura necessária para acompanhar o movimento que ali, naquele momento, aflorava. Trata-se de um efeito a partir da abertura comunicacional ensejado na narrativa. De igual modo, a postura adotada pela pesquisadora, sustenta-se no fato de que – em uma perspectiva Foucaultiana –, ao invés de buscar-se a definição de uma única causa ou de um único determinado acontecimento histórico, a análise se volta para a multiplicidade de processos constituintes de um dado problema de pesquisa. Isso porque em Foucault (2003), os processos são considerados como sendo heterogêneos entre si, responsáveis pelo engendramento do problema pesquisado.

Em uma perspectiva tradicional de análise qualitativa o conteúdo apresentado como pertencente à “trajetória pessoal” poderia vir a ocupar um lugar privilegiado no que concerne à atribuição de sentidos dados às experiências vivenciadas, uma vez serem conferidas ao (suposto) sujeito psicológico. Todavia, em uma perspectiva Foucaultiana de análise, não se trata de encontrar e desvendar esse sujeito através de sua experiência pessoal e dos sentidos por ele produzidos e atribuídos à fatos e vivências. Antes, porém, intenta-se visibilizar quais discursos são utilizados estrategicamente, em cada momento da narrativa, a fim de tornar-se sujeito de sua enunciação e fazer a experiência de si mesmo. Lembrando, como outrora afirmado, que os sujeitos são, para Foucault (2003), efeitos de diferentes discursos.

Assim, no caso de Aline, o que é apresentado como sendo experiência pessoal constitui-se de múltiplos processos compostos por redes discursivas, as quais engendram a experiência de si na qualidade de psicóloga que atua em saúde. Desse modo, a rede discursiva utilizada para falar o que a leva ao hospital proporciona uma das condições a partir das quais Aline problematiza sua prática em saúde. Como em Foucault a “análise visa fazer surgir a uma singularidade” (2003, p.339), pode-se então aqui ressaltar o caráter singular da entrevista narrativa da participante Aline no fato da mesma, recorrentemente, retomar essa experiência pessoal para esclarecer como e por que atua da maneira como atua.

Aline conta que durante a faculdade começou a “pensar sobre a psicologia hospitalar” na mesma época em que sua mãe “adoeceu de câncer”. Por se tratar de uma temática próxima ao seu cotidiano – no acompanhar a mãe em consultas médicas, em exames clínicos e internamentos –, Aline afirma sempre ter tido “vontade de estar no hospital e de fazer uma prática”. À vista disso, ainda na graduação, procurou um curso de formação em Psicologia Hospitalar no qual – a partir das vivências práticas – pode aprender sobre como “as crenças individuais de cada pessoa interferem no processo de adoecimento e cura”. Para Aline, mais do que uma aprendizagem teórica, acadêmica, o curso de formação em Psicologia Hospitalar oportunizou uma “estrutura para poder suportar dores da vida”. Tratava-se, em sua visão, de conseguir sobreviver ao processo de adoecimento e, posteriormente, morte de sua mãe. Neste cenário, pode-se perceber o quanto Aline apoia-se na rede de enunciação discursiva de campos de conhecimento da Psicologia Hospitalar, Psico-oncologia, Psicologia Transpessoal e Cuidados Paliativos para fazer a experiência de si.

Em sua trajetória, de acordo com Aline, estas foram as condições de possibilidade que oportunizaram o início de sua caminhada como psicóloga em saúde. Por esse motivo, buscou participar de Congressos nas áreas de Psico-oncologia, Psicologia Transpessoal e Cuidados Paliativos por se tratarem de campos (de saber-poder) legitimados na prática do psicólogo dentro do ambiente hospitalar, os quais sustentam a atuação profissional frente à pacientes terminais. Estes campos de saber-poder são, costumeiramente, em sua narrativa, tomados como referências e produtores de sustentação para seus posicionamentos: “Nesse tempo eu trabalhava muito com as crenças do paciente, obviamente. Eu fui para

congressos de Psico-oncologia. Eu entrei um pouco na Psicologia Transpessoal. Eu fui conhecer, eu fui para um grupo. Eu fui entender porque eu via que fazia sentido” (Ponto de análise 1, Constelação).

Os campos de saber-poder acima mencionados oferecem enunciações discursivas cujas técnicas baseiam-se em conhecimentos sobre a “relação do sujeito com a verdade” (Foucault, 2013, 2014). Dessa maneira, o trabalhar “com as crenças do paciente” sustenta-se no saber, acima exposto, de que “as crenças individuais de cada pessoa interferem no processo de adoecimento e cura”. A análise desse enunciado utilizado por Aline para exemplificar o conteúdo com o qual trabalha no setting hospitalar, provocou os seguintes questionamentos: 1. O que são crenças? 2. Quais seriam as crenças que interferem? 3. As crenças de quem interferem? Do paciente? 4. As crenças interferem no quê? 5. Quem pode atuar sobre as crenças? 6. Como se atua sobre as crenças? Ao longo da entrevista narrativa é possível encontrar as respostas para estas perguntas.

Ao falar sobre as “crenças que interferem no tratamento”, Aline está se referindo às opiniões, concepções e convicções “dos pacientes” sobre o HIV. As crenças indicadas, tal como os pacientes as retratam, giram em torno da quantidade de medicação a tomar, efeitos como a queda de cabelo, outros sintomas físicos e, por fim, o preconceito social. Chama atenção a intensidade empregada ao termo “obviamente”, no final da sentença. Questiona-se, pois: do lugar do qual fala e ocupa, na posição de psicóloga, por que seria óbvio dizer que “as crenças que interferem no tratamento” são “as crenças do paciente”? Não haveriam outras crenças a interferir no processo também? Como, por exemplo, as crenças dos familiares, as crenças dos acompanhantes, as crenças dos profissionais de saúde que acompanham o paciente, as crenças do próprio psicólogo? E como estas crenças, que não são do paciente, reverberam e, até mesmo, coengendram as crenças deste.

Então, dizer que as crenças “interferem no processo de adoecimento e cura” da pessoa do paciente indica, ao que parece, uma ideia de interioridade psíquica; posto que tanto o adoecimento quanto a cura ocorrem *no* paciente tendo a crença o poder para interferir nesse processo. Desse modo, no entendimento de Aline quem estaria apto para trabalhar com

essas crenças seria o psicólogo, uma vez ser “capacitado para tentar desconstruir” as crenças. Ou seja, a ação de Aline enquanto psicóloga no hospital estaria diretamente ligada à relação do paciente (enquanto sujeito) com suas crenças pessoais (verdades) e, como estas, agem e interferem em processos clínicos como o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico.

Em Foucault (2013, 2014), a relação do sujeito com a verdade pode ser encontrada (minimamente) em dois de seus livros, a saber: nas aulas proferidas em seu curso dado ao Collège de France, entre 1981 e 1982, mais conhecido como “A Hermenêutica do Sujeito”; e, nas aulas do curso no Collège de France, entre 1982 e 1983, sobre “O Governo de Si e dos Outros”. Em a Hermenêutica do sujeito, Foucault (2013) apresenta sua proposta de estudo e problemática visando entender: “em que forma de história foram tramadas, no Ocidente, as relações, que não estão suscitadas pela prática ou pela análise histórica habitual, entre estes dois elementos, o sujeito e a verdade” (Foucault, 2013, p.4). Já em seu curso sobre o Governo de si e dos outros, Foucault (2014) amplia a temática da relação entre “sujeito e verdade” para a questão “da obrigação e a possibilidade de dizer a verdade nos procedimentos de governo e de como estes podem mostrar o modo como o indivíduo se constitui como sujeito na relação consigo e na relação com os outros” (2014, p.42).

Foucault (2013) alarga, então, neste primeiro momento, o estudo da relação sujeito-verdade através da noção de cuidado-de-si. Advinda da noção grega de *Epiméleia Heautôu*, o cuidado-de-si refere-se à uma ideia bastante complexa e rica, a qual alude ao ocupar-se e preocupar-se consigo mesmo. Será no processo de ocupar-se consigo, no empreendimento de exercícios cotidianos, que uma outra noção cara forjar-se-á: a de *Gnôthi Seautón*; ou melhor, conhecer-se a si mesmo. Desse modo, ocupar-se consigo mesmo constituiria, no dizer de Foucault “uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens” (2013, p.9). Um princípio de agitação, de movimento, de permanente inquietude. Em suma, o cuidado-de-si proporcionaria movimentos de ocupar-se consigo os quais produziriam, por efeito, um conhecimento/ saber sobre si mesmo.

Esse princípio, movimento e inquietude frente a si mesmo pode ser encontrado em diferentes momentos na entrevista narrativa de Aline. Tanto no que diz respeito às suas experiências pessoais e às situações vividas (como as anteriormente descritas – morte da mãe e entrada no hospital); como em relação ao atendimento ao paciente e à sua atuação na

qualidade de psicóloga no hospital 3. Por isso, nesse momento, faz-se necessária a inclusão de um ponto de discussão: a posição ocupada por Aline enquanto psicóloga que busca levar o paciente – através de técnicas e estratégias da psicologia – a este mesmo princípio de movimento e inquietude frente a si mesmo.

À medida em que descreve suas atividades no ambulatório geral do hospital 3, Aline explicita em maior profundidade o foco do atendimento psicológico destacando o objetivo de sua atuação: “Então, a gente trabalha no sentido de tirar a pessoa da culpa e de proteger, de ensinar aquela pessoa a se proteger. Por que o que dói mais na soro positividade é o preconceito; mais do que o próprio HIV” (Ponto de análise 2, Constelação). Segundo Foucault (2013), no texto de Platão: “A apologia de Sócrates”, Sócrates se apresenta como aquele que “tem por função, ofício e encargo incitar os outros a se ocuparem consigo mesmos, terem cuidados consigo e a não descuidarem de si” (p.6).

Em seu livro: “História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres”, Foucault (1984) introduz a noção de *áskesis* para referir-se às práticas racionais e voluntárias que determinam regras de conduta e buscam transformar-se, fazendo da vida uma obra de arte singular. Para isto, uma série de técnicas (*techne tou bion*) não normativas seriam utilizadas, constituindo-se como um trabalho sobre si, o qual implica a relação do indivíduo consigo mesmo em que se é responsável por seus próprios pensamentos (Gomes, Ferreri & Lemos, 2018). Na descrição anteriormente apresentada, a postura adotada por Aline, enquanto psicóloga, corresponde a de alguém que incita esse trabalho de si para consigo (mediante a *áskesis*), oportunizando e trazendo movimentos de reflexão que proporcionam o cuidado-de-si. Assim como Sócrates, cujo papel era despertar e abrir aos olhos de Alcibíades para a verdade dele, a partir dos exercícios da *áskesis*; assim, parece ser, nas situações narradas, a posição ocupada por Aline: “A gente como psicóloga, a gente viabiliza essa reflexão, vamos dizer assim. A gente estimula essa reflexão trazendo esse contexto atual” (Ponto de análise 3, Constelação).

Viabilizar a reflexão a partir do contexto atual, incentivando movimentos de mudança, oportunizaria o que Foucault (1984) denomina como trabalho sobre si mesmo. Este, por sua vez, seria um trabalho de construção da estética de si (como me invento/reinvento? Como eu conduzo minha vida?). Não diz respeito a um trabalho ou cuidado de

interesses em termos de riqueza, privilégios e poder; antes, versa sobre exercícios filosóficos, um cuidado ético-moral sobre si mesmo, orientado para uma estilização da vida, uma estética ou uma arte da existência. Em vista disso, proporcionar a reflexão sobre como determinadas consequências foram forjadas a partir de uma história, é apresentado aqui como um exemplo de exercício filosófico do cuidado-de-si. No dizer de Aline: “Então a gente vai junto com ele trazendo todo o movimento, toda uma história de comportamento dele e que deu aquela consequência”.

Destarte, a relação do psicólogo com o paciente enfocaria o trabalhar as “crenças” (ou seja, as verdades sobre si e sobre o HIV) e isso a partir dos exercícios de *áskesis*. Seguindo as formulações Foucaultianas com relação ao cuidado-de-si, pode-se perceber nestes posicionamentos apresentados por Aline, o potencial de problematização política, na qual se concebe o sujeito como um ser ético-político de postura ativa para consigo e os outros (Gomes, Ferreri & Lemos, 2018). Ensinar o paciente a “proteger-se” porque o que “dói mais é o preconceito”, constituir-se-ia, desse modo, uma postura de Aline enquanto psicóloga a qual incita o paciente a uma conversão a si mesmo – ou melhor, uma transformação –, por meio de *éros* (amor) e movimentos de *áskesis*. Por isso dizer-se que o cuidado-de-si trata de um duplo-retorno, primeiramente um retorno para si e, num segundo momento, um retorno para o outro e para o mundo. Retornos que possibilitam a problematização de quais são os valores que orientam as próprias ações, base para as atitudes e comportamentos (Galvão, 2014).

Portanto, esse trabalho ético-estético-político é compreendido por Aline como uma atividade a qual o psicólogo estaria “capacitado para tentar desconstruir isso aí [crença] e, vamos dizer assim, plantar uma sementinha para o novo”. Por este motivo, questiona-se, pois, se essa “semente para o novo” a que Aline se refere seria um novo modo de relacionar-se consigo mesmo através da transformação das “crenças sobre si” dentro do novo contexto de vida da soro positividade: “Porque, essa construção vem com o tempo. A construção, né, é essa coisa de ressignificar a vida”. Logo, o trabalho do psicólogo junto aos pacientes com HIV seria o de leva-los ao cuidado-de-si como um modo de existência, a construir uma ética (*ethos*/ modo de vida) em que se apropria de si mesmo enquanto sujeito. Nesse sentido, uma vez que não se pode cuidar de si mesmo, se

preocupar consigo mesmo sem ter relação com outro, se faz necessário que este outro (no caso, o psicólogo!) tenha por papel “precisamente dizer a verdade, dizer toda a verdade, ou em todo o caso dizer toda a verdade necessária” (Foucault, 2014, p.43)

Dizer toda a verdade necessária constituir-se-ia, segundo Foucault (2014), falar francamente. A fala franca surge na Antiguidade – séculos I e II da nossa era – a partir das práticas de si designando uma forma certa de se falar, uma vez que a arte de si necessita de uma relação com o outro. Esta forma certa é precisamente a *Parresía*. Noção rica e ambígua, a parresía designava, concomitantemente, uma virtude, um dever e uma técnica a ser encontrada “naquele que dirige a consciência dos outros” (Foucault, 2014, p.43). Desse modo, àquele a quem se atribuía o encargo de dirigir os outros – em seu esforço e tentativa de constituir uma relação consigo mesmo –, caberia a *Parresía* (Foucault, 2014). Falar com parresía, significaria, pois, falar com liberdade de palavra. Na relação psicólogo-paciente, poder-se-ia descrever essa fala como constituindo-se de um “modo de dizer ao enfermo as verdades da natureza que podem mudar o modo de ser do sujeito doente” (Castro, 2016, p.316). E, assim, mudar o modo de ser do sujeito doente através da fala franca, relacionar-se-ia às intervenções realizadas em suas crenças que interferem no processo de saúde e doença como outrora afirmado pela participante.

Todavia, diante da noção sobre *Parresía* como sendo dizer verdades da natureza em uma relação psicólogo-paciente, faz-se necessário questionarmos: 1. Quais são as verdades da natureza da doença de cada enfermo que precisam ser ditas? 2. Quem as produz? 3. De onde vem? 4. Ser-lhes-iam as verdades produzidas pelos discursos? e, 5. Qual a importância de discutir a origem das verdades da natureza da doença do enfermo? As respostas para estes questionamentos parecem residir no fato de que os discursos (seus campos de saber) estão envoltos em relações de poder. Se o saber do psicólogo o “capacita”, como outrora afirmado pela participante, a desconstruir as crenças do paciente que interferem no processo de adoecimento e cura; de onde vem esse(s) saber(es) a ser utilizado para essa desconstrução? Quem os valora? Quem os valida? E, mais, como esse saber o posiciona na relação com o paciente. Logo, discutir a respeito de quais saberes são produzidos sobre cada doença torna-se imprescindível uma vez que serão estes os saberes utilizados tanto para posicionar o psicólogo em relação ao paciente, o paciente em relação ao psicólogo como, também,

posicionar o paciente em relação a si mesmo. E, assim, oportunizar ao psicólogo que através da fala franca o paciente desconstrua as crenças sobre sua condição.

Ainda sobre a fala franca é possível encontrar, ao longo da narrativa de Aline, a Parresía relacionada à condição do paciente. Ao referir-se, por exemplo, à diferença entre o atendimento do paciente com câncer (em sua experiência durante o estágio em psicologia hospitalar) ao atendimento do paciente com HIV (no hospital 3), Aline demonstra diferentes posturas e posicionamentos, a depender dos saberes sobre cada doença: “É um trabalho diferente que eu faço de quando eu fazia no hospital x. Porque aqui ele tem muito poder sobre o tratamento dele. Entende?! No câncer, às vezes, tu não tens. Tu tens que lidar com a tua frustração de não se sentir nada diante daquela doença. Porque não tem. Ele vai evoluir e tu vai perder o controle. E não é um querer. Eu posso ir para a quimioterapia todo dia e o câncer me matar lá. Mas, aqui, não. O que eu vejo aqui, é diferente”. Neste recorte de fala, vê-se que o paciente de HIV é nomeado como alguém que “tem muito poder”, em contrapartida o paciente com câncer é denominado como alguém que se sente “um nada diante da doença”. Desse modo, partindo desses saberes que advém da prática, como falar com parresía? Por isso, pode-se afirmar que na prática a maneira pela qual o psicólogo irá dizer toda a verdade, toda a verdade necessária ao paciente dependerá de seu diagnóstico e de sua condição clínica e dos saberes disponíveis acerca da patologia e dos avanços da medicina em termos de tratamento.

Em vista disso, destaca-se no trecho da narrativa acima apresentado, o fato da sua postura enquanto psicóloga estar fundamentada em práticas discursivas (saberes) e não-discursivas (técnicas) sobre cada doença. Percebe-se, então, que as práticas responsáveis por sustentar sua atuação junto ao paciente com câncer o posicionam de modo passivo uma vez que, em sua opinião, não se trata do “querer” do paciente, já que na compreensão de Aline “trabalhar com pessoas com câncer é trabalhar com a vítima”. Por isso, mesmo esse paciente seguindo todo o protocolo de tratamento pode vir a não apresentar melhora em seu quadro clínico e ter que “lidar com a frustração de não se sentir nada”. A entonação e intensidade empregadas ao termo *nada* conota a despotencialização vivida pelo paciente. Por outro lado, Aline demonstra esperar que o paciente com HIV deseje e queira

engajar-se no tratamento já que há, atualmente, um avanço na medicina que oportuniza uma vida de qualidade com o vírus e a doença. Nesse sentido, a diferença de atuação reside no fato de que “o soropositivo ele pode escolher”.

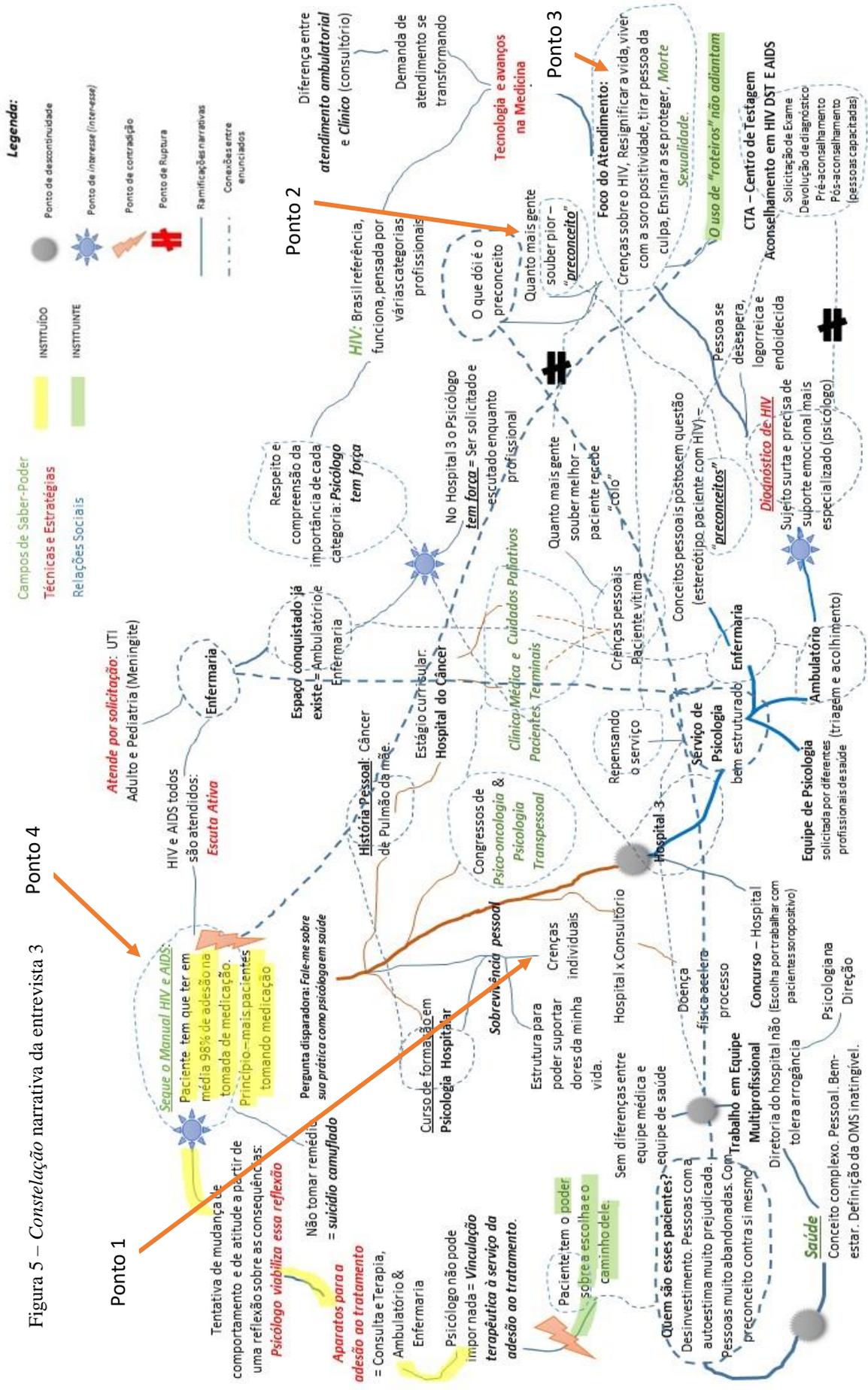
Igualmente, se faz necessário pontuar, que na narrativa de Aline, as posturas e posicionamentos variam de acordo com o espaço de atendimento: se ambulatório ou enfermaria. Em ambos espaços, enquanto território de atuação da psicologia, Aline afirma trabalhar a questão da importância à adesão ao tratamento, mas com enfoques distintos. Torna-se evidente o quanto a razão governamental instituída no Hospital 3, favorece a passagem entre os modos de governo das condutas (governamentalidade) e a relação do sujeito consigo mesmo (cuidado-de-si). A depender do cenário dentro da territorialidade hospitalar – quer seja na enfermaria, quer seja no ambulatório –, as práticas discursivas e não-discursivas (os conhecimentos e técnicas) que circulam oportunizam a constituição de si mesmo através de jogos de poder com relação a verdade sobre si (na relação com o outro).

No ambulatório, o tipo de acompanhamento se diferencia pelo fato de estar diante de um paciente crônico, com possibilidades ainda de seguir com uma qualidade de vida. Nesse sentido, seu trabalho reside em levar o paciente a se dar conta que ele “poder viver bem com esse vírus porque não se morre de Aids. Né. Não se morre mais de Aids. Se tem controle sobre o vírus. Quem faz tratamento direitinho vive a vida todinha aí”. Para que isso ocorra, se faz necessário a adesão ao tratamento, juntamente com alguns cuidados sobre os modos de viver a vida. Estes cuidados, de acordo com Aline, referem-se dentre outras questões à utilização da camisinha durante as relações sexuais. Não obstante, Aline afirma não adiantar “seguir um script. Uma fala pronta. A pessoa vai usar camisinha apenas se quiser”. Por isso mesmo, sua postura reside em posicionamentos estético-políticos de cuidado-de-si pois trata junto ao paciente as verdades sobre o HIV e a AIDS em relação aos perigos de recontaminação, “Mas, é uma escolha deles. E eu digo assim: ‘Olha, isso é uma indicação’”. Eu sempre tenho muito cuidado com as minhas palavras, assim, porque eu sei que quando eles ouvem da gente tem muito poder o que a gente diz”.

Já na enfermagem pelo fato de se tratar de um paciente agudo, o qual está internado e, comumente, apresentar-se fisicamente mais debilitado – devido à falta de adesão ao tratamento ao longo de anos –, segundo Aline: “Lá a gente trabalha muito a questão da adesão ao tratamento. Como é primordial ter uma boa adesão para as pessoas soropositivas. Por que, assim, segundo o manual de HIV Aids, o paciente, ele tem que ter em média 98% de adesão nessa tomada de medicação” (Ponto de análise 4, Constelação). Assim, sua postura nesse espaço reside em posicionamentos estético-políticos mais voltados para a governamentalidade uma vez basear-se e seguir o “Manual HIV e Aids”. Neste, a razão governamental da governamentalidade e suas práticas (discursivas e não-discursivas) forjam a compreensão aqui compartilhadas por Aline de que “Não tomar remédio é um suicídio camuflado”. Mesmo tendo outrora afirmando que trabalha com sujeitos de desejo, no momento em que se depara com pacientes que decidiram por não tomar a medicação e não aderir ao tratamento, a razão governamental do governo das condutas parece prevalecer.

Ao iniciar suas atividades no Hospital 3, Aline diz ter encontrado um serviço bem-estruturado no qual a psicologia “tem força”. Ao destrinchar essa afirmativa, assegura que as psicólogas são “escutadas” e “solicitadas enquanto profissional”. Nesse momento da narrativa, retoma sua fala inicial a respeito da estrutura e do serviço de psicologia. Há aqui, pois, um novo ponto de descontinuidade na narrativa. Retorna-se à importância dada à psicologia no hospital e a afirmação que enquanto categoria profissional a psicologia “Sempre foi muito solicitada”; principalmente no momento do diagnóstico. Isso se deve ao fato de que, na compreensão dos profissionais de saúde e da direção, “é nesse momento que o sujeito surta. Que o sujeito, ele precisa de um suporte emocional mais especializado e que uma outra especialidade não teria condições de fazer. É mais dentro dessa lógica”. Deste modo, a lógica governamental hospitalar do hospital 3, utiliza-se da psicologia enquanto estratégia de governo variando entre a condução das condutas e a estilização da vida.

Figura 5 – Constelação narrativa da entrevista 3



4.4.4. Entrevistada n. 4 – “*Quando eu entrei era outra realidade*”.

Andrea é Psicóloga, tem 55 anos, é casada, funcionária pública e especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Há 27 anos trabalha no hospital 4, com 30 horas de carga horária semanal. Neste, desempenha atividades de assistência em enfermaria da clínica vascular e é preceptora de estágio curricular.

4.4.4. a) Diário de Campo & Entrevista Narrativa:

Hoje fui ao Hospital 4 para a minha primeira entrevista nesta instituição. Até então, eu não havia conhecido a Andrea pessoalmente; apenas hoje, ao chegar no local e na hora marcada. A entrevista foi agendada por telefone com a coordenadora do serviço. O Hospital 4 é um hospital de grande porte e de alta complexidade na cidade do Recife; pertencendo à rede de referência pública para muitas doenças e trauma, também. Na portaria que dá acesso ao hospital, encontram-se, em uma recepção, funcionárias fardadas e identificadas por crachás. Para ter acesso ao pátio dos elevadores e às dependências da instituição, faz-se necessário identificar-se apresentando uma documentação com foto. Ali, próximo à recepção, ficam dois seguranças monitorando a entrada e a saída de pessoas (profissionais, visitas, acompanhantes, pacientes, técnicos, pessoal da limpeza e manutenção, etc.) do prédio.

Ao apresentar meu documento de identificação, fui questionada para onde iria e com quem iria me encontrar. Esclareci que havia um horário agendado com a Psicóloga Andrea, a qual se encontrava esperando por mim no sexto andar, na sala de psicologia. A recepcionista pediu-me para aguardar um pouco enquanto checava a informação. Após um período curto de tempo, ela me devolveu minha documentação, me entregou um adesivo de visitante e liberou minha entrada. A portaria pela qual entrei dá acesso direto a um hall com dois elevadores. Uma fila grande se apresentava na frente dos mesmos, formada por pessoas que aguardam para se deslocar entre os andares do prédio.

A sala de psicologia – local onde os/ as profissionais se reúnem e guardam suas pastas e bolsas – fica no sexto andar, o qual é o mesmo da enfermaria de traumatologia-ortopedia. Foi nessa sala onde me encontrei com Andrea. Ao entrar, percebi a presença de outra profissional

que, por coincidência, eu havia conhecido na época de visita à instituição para solicitar a carta de aceitação junto à coordenação do setor. Essa outra psicóloga (a qual não me recordo o nome!) estava lá e, também, me recebeu. Ofereceram-me água e me convidaram para sentar. Em seguida, de forma muito gentil, Andrea iniciou nossa conversa ao perguntar-me sobre o que se tratava o meu estudo. Enquanto esclarecia a pesquisa para Andrea, a outra psicóloga permaneceu na sala demonstrando atenção e interesse. Perguntaram-me a respeito da minha atuação, onde eu atendia e há quanto tempo.

Partindo desse ensejo, aproveitei para esclarecer à Andrea que estava ali com a finalidade de conversarmos e pensarmos juntas acerca da atuação do psicólogo na saúde. Lembro-me que busquei deixar claro para ela que não procurava por respostas certas. Continuamos nossa conversa falando, brevemente, sobre como havia chegado até o objeto de estudo da pesquisa. Acredito que esse momento funcionou como um prelúdio, uma abertura e início da construção narrativa de Andrea. À medida que o tempo foi passando, como a outra profissional não saiu da sala, pedi, gentilmente, à Andrea que fôssemos para um local onde pudéssemos iniciar a entrevista individual. Foi nesse momento que, ao se dar conta da necessidade de começarmos a gravação a profissional, ali presente, despediu-se e retirou-se da sala. Apresentei a pergunta disparadora para Andrea e, então, ela começou a falar.

Andrea explica ter iniciado sua carreira como psicóloga no hospital. Sua história profissional está entrelaçada com a história da psicologia dentro do hospital 4, posto que sua entrada nesta instituição se deu a partir do “grande concurso do Estado” na década 1990. Ao entrar nesta instituição, afirma ter iniciado suas atividades em dois cenários: ambulatório e enfermaria. Assim que chegou ao hospital, no início de sua admissão, havia um ambulatório geral de psicologia o qual, com o tempo, deixou de existir. Seu percurso perpassa também pelo rodízio em diferentes enfermarias, tendo sido “bom porque a gente viu outras coisas, né. Outras demandas e outros funcionamentos do hospital”.

Por estar atuando há mais de 26 anos, Andrea pondera sobre a ação da psicologia nos diferentes espaços como estando relacionado à gestão de um modo geral. A depender do gestor percebe investimentos, ou a falta de investimentos, tanto à nível de recursos humanos como em termos da infraestrutura física. Não foi à toa que o ambulatório de psicologia deixou

de existir por falta de investimentos da direção. Em relação ao serviço de psicologia, queixa-se da escassez de profissionais em relação à quantidade de enfermarias e leitos a atender: “o nosso número, o nosso quadro é muito reduzido. A gente já foi, já pediu [referindo-se ao gestor atual]. Porque se fosse um diretor mais sensível a isso ele teria procurado também contratos. Houve seleções simplificadas e não veio ninguém. Houve concurso e não veio ninguém. Até extra ele não coloca nada para a gente! Então, eu acho que isso é um entrave para a gente. Um obstáculo ” (Ponto de análise 1, Constelação). O mesmo diretor demonstra outra postura frente à equipe médica buscando beneficiar seus colegas: “Os colegas dele médicos aqui têm a carga horária menor e cada um faz seu horário”. Andrea afirma, ainda, que por se tratar de um serviço público é possível observar “mandos e desmandos. Acomodações”.

Nesse contexto, a partir da narrativa, destacar-se-á, pois, a relação entre subjetividade e espaço social com o intuito de problematizar o exercício profissional de Andrea como psicóloga que atua em instituição hospitalar; e, isso, visando entender os processos de subjetivação ocorridos nesse território. O trecho da narrativa de Andrea acima apresentado salienta fatores como: 1. O reduzido número de profissionais de psicologia, e 2. A falta de atendimento das demandas do setor por parte da direção; ambos compreendidos enquanto entrave e obstáculo para a atuação da psicologia no hospital. Ao mesmo tempo, tais fatores constituem as condições de possibilidade e funcionamento do serviço da psicologia no hospital 4, assim como, também, a produção da experiência de si que Andrea faz como psicóloga da referida instituição. Desse modo, poder-se-ia afirmar que, em uma perspectiva Foucaultiana, as práticas de conhecimento, práticas de poder e práticas de si forjam-se a partir dessas e outras práticas (as quais serão posteriormente apresentadas) enquanto condições de possibilidade (Ferreira Neto, 2011).

Segundo Ferreira Neto (2011), Foucault irá privilegiar uma concepção de subjetividade genealógica a qual destaca e acentua os modos de subjetivação analisando “como são constituídos historicamente diferentes processos de subjetivação, pelas relações discursivas e não discursivas, numa analítica que incluem dimensões espaciais, arquitetônicas, e de gestão urbana” (p.62). No caso específico das instituições hospitalares enquanto território, a gestão hospitalar, a arquitetura e a distribuição do poder configuram-se

como territorialidade produtora de práticas de assujeitamento e/ou práticas de resistência. Isso é possível de ser visto na fala de Andrea quando a mesma descreve o cotidiano da enfermaria, os atendimentos da equipe multiprofissional, e a liderança médica.

Dentre os diferentes serviços prestados na enfermaria da clínica vascular, a visita médica é apresentada como uma prática institucional a qual o gestor médico “faz questão que a psicologia participe. Ele faz questão! Tanta a psicologia, como o serviço social e a equipe toda” (Ponto de análise 2, Constelação). Contudo, enquanto atividade médica a visita na beira do leito é narrada como sendo uma ação ativa do médico, dos residentes e estudantes de medicina. Os demais profissionais são posicionados como observadores dessa prática a qual, apesar de ser descrita como sendo “boa” pela participante, concentra a fala na figura do médico e em aspectos fisiopatológicos da doença do paciente. No dizer de Andrea: “Claro que eles falam a grande maioria das coisas, né! Falando da parte física. Dos sintomas, disso, daquilo. Do tratamento. Mas, aí, nesse momento a gente observa. Enquanto eles estão falando lá, discutindo, eu fico observando o paciente. As reações do paciente”.

O termo utilizado no início da sentença “Claro” e a intensidade empregada ao termo “né!”, logo após a afirmativa de que são os médicos que falam mais durante a visita, visibiliza a construção narrativa de Andrea em torno da naturalização do discurso vigente dentro da prática institucional a qual se configura como médico-centrada. Todavia, faz-se necessário questionar por que deveria ser este um fato, ou algo considerado como óbvio; dos médicos falarem mais durante a visita? Outra questão, considerada aqui primordial, é: porque convidar a todos os profissionais da equipe multiprofissional para que apenas os médicos falem e os demais escutem e observem? Por que nomear a visita como médica ao invés de visita clínica, ou visita da equipe de saúde, já que todos os profissionais se encontram ali presentes? Uma vez que todos os profissionais atendem e acompanham os pacientes? Essa prática, em verdade, produz o que? Quais os seus efeitos sobre as relações de poder ali produzidas a partir das práticas institucionais (discursivas e não-discursivas)? Discursivas porque o discurso prevalecente na fala médica é o discurso “da parte física. Dos sintomas. Do tratamento”; ou seja, o saber que circula e prevalece, como sendo o saber médico, é o saber focado no *pathos* (na doença). E, práticas não-discursivas, conquanto a

visita médica diz respeito a uma técnica médica utilizada para posicionar pacientes e equipe multiprofissional subordinados a esse saber médico.

Em “O nascimento da clínica”, Foucault (2011) discute a ruptura ocorrida no saber médico responsável por produzir uma mudança no objeto, conceitos e métodos da medicina clássica para a medicina moderna. Sua proposta consistia em evidenciar a transposição do modo de pensar médico localizado na doença e no indivíduo doente, para um modo de pensar localizado nas estatísticas, informações e protocolos para as populações. A análise empreendida abarca um período crucial da medicina: o fim do século XVIII (1700) e o início do século XIX (1800); período este de grandes acontecimentos e mudanças sociais, tal como a Revolução Francesa. A prática médica dos séculos XVII (1600) e XVIII (1700), nomeada como Medicina Clássica, tinha como objeto a doença considerada como essência abstrata. Em contrapartida, a Medicina Moderna, também apresentada como Clínica, baseava-se em um saber sobre o indivíduo como corpo doente, mas também lançava os alicerces para o início de um saber sobre as populações e seu modo de vida.

Na Medicina Clássica “a principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. [...] o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que figuram como acidentes em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente” (Foucault, 2011, p.7). Assim, o olhar do médico se dirigia não ao doente, mas à doença. Ou seja, o conhecimento da doença seria a bússola para a intervenção médica. Esta, em contrapartida, não se baseava em observações sistemáticas; sendo fruto de uma experiência extremamente individualista e tendo por base o conhecimento adquirido através da transmissão de receitas. A intervenção do médico na doença era, pois, organizada em torno da noção de crise; momento em que se confrontava, no doente, o mal que lhe atacava. Por conseguinte, o médico desempenhava o papel de prognosticador aquele que se posicionava como aliado da natureza contra a doença. Não havia, nesse momento ainda, a organização de um saber médico hospitalar assim como, também, não havia nada em termos de organização do hospital que oportunizasse uma prática e intervenção médica (Foucault, 2017).

Os deslocamentos no objeto, método e técnica médica ao longo dos séculos XVIII (1700) e XIX (1800) lançariam as condições de emergência para novas formas de produção

e transmissão de conhecimento e prática médica, constituindo-se agora como uma prática institucionalizada. A Medicina Moderna, como ficaria conhecida, compõe o quadro das estratégias de saber-poder do Estado voltados para as condições de vida das populações. Nessa época, o hospital deixa de ser governado pelas autoridades religiosas, tornando-se local privilegiado de exercício e prática da medicina tanto do ponto de vista da cura quanto do ensino (Foucault, 2017). Em paralelo, de acordo com Foucault (2011, 2017), delinear-se-ia a consciência da doença como problema político-social e do médico como autoridade fundada no saber sobre a doença. O hospital, configurava-se como local de atuação e prática médica cujo objetivo deixava de ser o confinamento e reclusão dos excluídos. Neste espaço, o médico, segundo Foucault (2017) passa a desempenhar a medicina no hospital dado a reorganização administrativa e política do seu território a partir da disciplina. Enquanto tecnologia e técnica de exercício de poder, a disciplina oportunizou ações cotidianas de vigilância e monitoramento médico. Desse modo, em termos territoriais, o saber médico, enquanto saber nosológico, propicia posições de sujeito apropriadas da verdade sobre o indivíduo doente e, logo, autoridade sobre tais.

Em síntese, segundo Foucault (2011), durante a época de transição da Medicina Clássica para a Medicina Moderna, a medicina deixa de ser uma prática exclusivamente classificatória, abstrata, e passa a ser uma prática nosológica de localização anatômica sobre o corpo estabelecendo padrões de normalidade os quais definirão o objetivo do tratamento. Estes padrões de tratamento passam a ser possíveis a partir dos dados e informações coletados e trabalhos pela estatística, com o intuito de antever (a fim de gerir) o estouro de epidemias. Ambos momentos conotavam a medicina como estratégia de poder sobre os corpos e sobre as vidas, denotando aspectos mais voltados para a disciplina dos corpos na Medicina Clássica e para o controle das populações na Medicina Moderna. Desse modo, enquanto estratégia de governo sobre as vidas, a Medicina – juntamente com outros aparatos sociais –, transfigura com o desenvolvimento de suas técnicas a passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de controle (Foucault, 2011).

Ao mesmo tempo em que a presença do médico passa a se afirmar no espaço hospitalar como uma invenção do final do século XVIII, Foucault irá esclarecer que “essa tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que

o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiros etc.” (2017, p. 187). Por conseguinte, prossegue Foucault, esse ritual da visita marca o advento do poder médico.

Em vista disso, a compreensão apresentada por Andrea – de ser *óbvio* a exclusividade da fala médica durante a visita à beira do leito –, parece advir da história do hospital enquanto território e local de atuação da medicina, e da constituição do saber-poder médico como o saber valorado desse espaço. Posicionar o médico como aquele que fala, contrapondo-o à equipe de saúde conjuntamente ao paciente como aqueles que escutam, constitui a distribuição dos vetores de força dentro do território hospitalar sinalizando para o fato de que o território é “tanto o resultado do processo histórico quanto a base material e social das novas ações humanas” (Lima e Yasui, 2014, p.597). Tomado como um todo dinâmico, o território hospitalar esculpe histórias produzidas por intermédio de marcas e formas peculiares de se expressar. A comunicação verticalizada durante a visita médica, constitui uma comunicação entre diferentes, sustentada com base na lógica da governamentalidade médico-centrada. Neste sentido, o hospital enquanto território é “formado pelas relações de poder multidimensionais e a territorialidade é o produto dessas relações” (Ferreira, Penteado & Silva Júnior, 2013, p.810)

Mas, o que faz com que profissionais não-médicos adiram a esse tipo de comunicação e relação territorial de poder? Primeiramente, poder-se-ia considerar o fato de que o poder é um conjunto de diferentes relações que permeiam determinado lugar, mas sem estar vinculado e fixado exclusivamente à uma única figura. Nesse sentido, “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (Foucault, 2017, p.45). Quando Andrea diz, por exemplo, que o diretor médico “faz questão que a psicologia participe” durante a visita médica, parece estar posicionando a psicologia no hall das práticas de vigilância e disciplina hospitalar e assim valorando e atribuindo poder ao que faz. Na experiência compartilhada, participar da visita médica, mesmo que seja para observar, demonstra produzir certo prazer e conferir-lhe status.

Portanto, em muitos momentos, o poder produz práticas que se confinam e que são capturadas por suas tramas. O poder produz poder. O poder produz novas formas de poder!

A razão governamental médico-centrada, focada no *pathos*, demanda a presença de outros profissionais que deem conta da “perturbação que é trazida com e pelo próprio doente” (Foucault, 2011, p.7). Esse parece ser o caso das produções das práticas institucionais da psicologia presentes na narrativa de Andrea, quando a mesma pontua haver assuntos tratados pela equipe médica durante a visita os quais mexem com o paciente e demandam sua atuação. O olho que mareja, o choro, a raiva, a expressão das emoções pertence ao domínio territorial do exercício do poder da psicologia, uma vez que historicamente caberia ao psicólogo a gerência da interioridade psíquica.

Desse modo, a psicologia passa a ser “muito chamada” pela equipe médica e por outros profissionais de saúde a fim de amenizar os efeitos e as produções do ambiente hospitalar e suas estratégias sobre os pacientes: “Principalmente na minha clínica que é a vascular tem muita amputação. Quando eles falam em amputação.... Muitos [referindo-se aos pacientes] nem conhecem o termo direito, né, porque a nossa população a grande maioria são pessoas de baixa renda social. De classe social mais baixa e com pouca escolaridade. Mas, mesmo quando fala assim em cirurgia alguma coisa, alguns [referindo-se aos médicos] fazem até assim um gesto [faz gesto] de cortar. A gente vê nitidamente, alguns pacientes começam já.... Os olhos marejam. Uns começam a chorar na hora. Então, realmente, ali, a gente tem que estar bem atento ” (Ponto de análise 3, Constelação). A participação da psicologia durante a visita médica tem por foco, pois, oportunizar a observação e averiguação de quais pacientes precisarão de suporte e atendimento psicológico. Para que a técnica médica cumpra seus propósitos a psicologia, enquanto estratégia de poder, precisa entrar em cena.

Ora, a partir desse trecho da narrativa de Andrea o seguinte questionamento se faz premente: Os médicos seriam aqueles que, partindo do paradigma patogênico, responsabilizar-se-iam pela técnica e cuidados específicos sobre o *pathos* (o mal que acomete o corpo físico/ biológico); enquanto que os demais profissionais de saúde seriam aqueles responsáveis pelos diversos efeitos desse *pathos*, das técnicas médicas (nesse caso a amputação) e do ambiente hospitalar sobre a pessoa do paciente? Isto posto, questiona-se que clínica é possível de ser realizada nesse espaço territorial no qual, historicamente, o paciente

é posicionado como objeto do saber e da prática médica. E, contemporaneamente, igualmente posicionado como objeto de diferentes práticas profissionais em saúde (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social).

Nestes casos, tal como percebido ao longo da narrativa da participante, a clínica no setting terapêutico hospitalar é, majoritariamente, centrada no sintoma e na doença individual tendo por finalidade sua intervenção terapêutica (medicamentosa/ cirúrgica). O hospital faz-se, assim, enquanto território de práticas disciplinares e de controle sobre os corpos, uma vez que “o poder disciplinar requer uma infinidade de formas, técnicas e ferramentas, tais como a observação hierárquica, o julgamento e a análise; essas tecnologias utilizadas como padrões de monitoramento são amplamente utilizadas nas áreas de produção de conhecimento, como universidades e hospitais, produzindo formas de governo e autodisciplina” (Ferreira, Penteado & Silva Júnior, 2013, p.810).

Interessante pontuar que não foram apenas os profissionais de medicina a prestar atenção na importância da ação da psicologia sobre o paciente, como também os demais profissionais de saúde: “Os outros profissionais de outras categorias estão vendo o valor, assim, do lado emocional do paciente, né. Tanto na melhora do seu quadro físico, né, da sua doença. [...]. Valorizando, assim, vê como é importante esse lado do psicológico diante daquele sintoma. Da melhora ou não do paciente”. Neste sentido, “está bem ressaltado a importância da psicologia ” devido à possibilidade de expressar e receber uma escuta diferenciada em relação aos sentimentos que afloram em decorrência à patologia e ao internamento. Contudo, continua Andrea, “nem sempre foi assim ”.

Neste momento da narrativa, um ponto de interesse comum (*inter-esse*) é produzido acerca do valor atribuído à psicologia: “E como é que isso foi acontecendo? Por que você disse que isso é no momento, né. Essa valorização? ”. Ao que Andrea responde: “com o passar do tempo, né, eles foram vendo as necessidades. Vendo o nosso trabalho. O quanto que ajuda no tempo de internação a psicologia chegar perto do paciente. Porque aquele paciente que é mais queixoso, mais problemático, assim... Não tendo como falar daquela ansiedade que eles ficam,

geralmente demora mais. E quando a gente chega perto e aquele paciente consegue falar, aí, realmente tudo flui e a internação... O espaço de tempo é menor. Eles foram observando isso, né. O espaço da gente. E a gente também foi conquistando”. Isso significa que, o espaço conquistado pela psicologia dentro do hospital é o espaço da expressão do sofrimento, dos sentimentos, das emoções e da gestão das condutas.

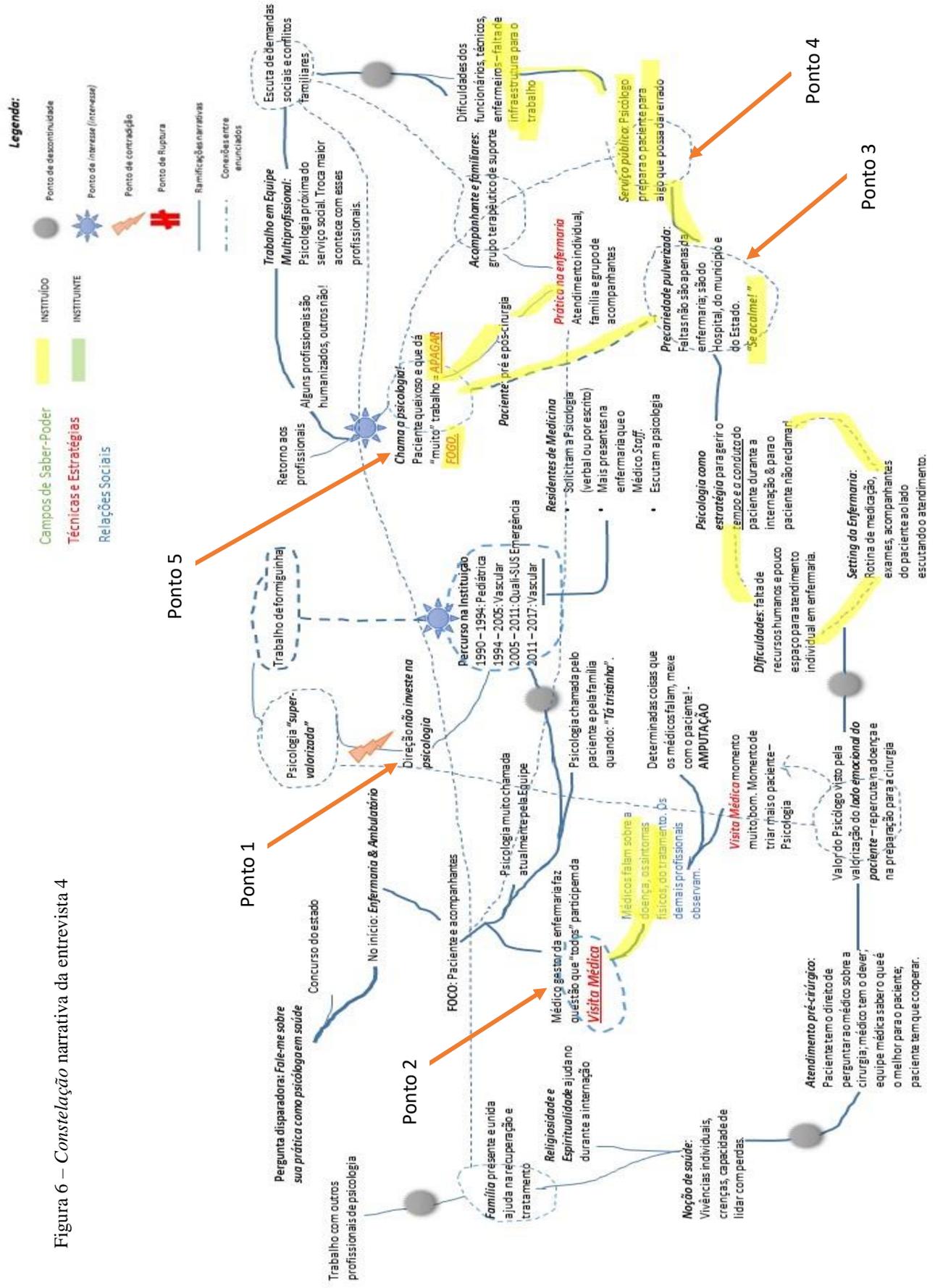
No trajeto de sua narrativa, Andrea sustenta-se nas produções discursivas da Psicologia Hospitalar, Psicologia Médica e na noção de Integralidade da Saúde. A Psicologia dentro da instituição hospitalar é posicionada como estando à serviço da gestão da boa conduta do paciente ao longo de seu internamento. Para isso, entra-se em ação com o intuito de auxiliá-lo a: 1. Administrar o tempo: “Não pense em tempo, não. Em cronometrar o tempo não. Quantos dias estou aqui, quantos meses. Não! Você está aqui tratando da sua saúde. O importante é sair bem”; 2. Administrar as intempéries do serviço público: “Em relação às coisas que pode acontecer. De marcar a cirurgia e não fazer. Do exame demorar muito porque, infelizmente, tem exame que demora mesmo. Aí, a gente já vai antecipando os problemas que podem acontecer. Essas situações que podem acontecer”; e, 3. Dar-se conta da especificidade de seu próprio caso: “Aí eu digo: “Calma. Cada caso é um caso! Cada pessoa e organismo reage diferente. Aí a gente também procura chamar atenção disso” (Ponto de análise 4, Constelação). Seu trabalho é, para si, o trabalho de uma formiguinha

À vista disso, a prática psicológica no *setting* hospitalar constitui-se por atendimentos junto ao “paciente e também acompanhantes” partindo do pressuposto anteriormente apresentado o qual afirma que “se o paciente estiver bem as coisas fluem mais, né. Fluem mais naturalmente, eles saem mais rápido”. Este bem-estar refere-se a saber conduzir-se no ambiente hospitalar durante a internação. Como outrora dito, as práticas disciplinares e de controle, constituem-se no território hospitalar o fundamento da razão governamental na qual cabe ao profissional de psicologia dar conta das “perturbações trazidas pelo próprio doente” (Foucault, 2001, p.7). Dentro da gestão pública dos serviços de

saúde, em específico, a gestão dos leitos e do espaço hospitalar como espaço de cura, a psicologia (tal como apresentada por Andrea) está à serviço desse bem-estar para a alta hospitalar do paciente. Por conta disso, com o passar do tempo, a psicologia passa a ser chamada para “apagar fogo”; ou seja, dar conta daqueles pacientes que estão chorando assim como, também, daqueles que se recusam a conduzir-se bem na enfermaria dado às dificuldades de um serviço público. Nas palavras de Andrea: “A gente explica também da dificuldade dos funcionários, dos técnicos, que não podem estar sempre ali fazendo tudo com o paciente porque tem poucos funcionários para muitos pacientes infelizmente. Para eles já entenderem e já evitar determinadas situações. Né. De achar que: “Ah, ninguém vem. Não faz direito”. Entendeu?! A gente também fala isso sabe. Esses problemas que tem. Essas dificuldades que tem em serviço público, né. Falta material. Falta medicação. Que tem poucos funcionários e que eles não podem estar dando tanta atenção” (Ponto de análise 5, Constelação).

A naturalização e o efeito de raridade do discurso de Andrea em seu trabalho junto ao paciente com a finalidade de adaptá-lo ao serviço hospitalar se faz presente e produz como efeito neste momento da entrevista narrativa outro ponto de interesse comum. Questiono-a: “Então, nesse sentido, como você vê a sua intervenção como psicóloga quando você se depara com uma demanda que parece mais.... Esse apagar fogo.... Ou, um paciente que está muito queixoso, mas é a equipe que não está conseguindo lidar com ele. Como você intervém? Como você se posiciona? ”. Ao que a mesma responde: “Muitas vezes quando eu chego lá, eles [referindo-se à equipe multiprofissional] estão dizendo: “Não chore não! ”. Aí eu explico: “Não, deixe! Porque através do choro ele desabafa. Ele bota para fora. Vai ser bom, vai aliviar”. O discurso da interioridade psíquica, da expressão e suporte à essa interioridade que transborda, pode ser aqui pensado enquanto discurso raro, ou seja, o discurso verdadeiro, aquele que prevalece. Aliviar a dor e conduzir o comportamento parecem ser as verdades produzidas por tal discurso. Para Foucault (2017), estamos submetidos à verdade destes discursos raros e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função deles.

Figura 6 – Constelação narrativa da entrevistada 4



4.4.5. Entrevistada n. 5 – “*Uma construção feita tijolinho por tijolinho*”.

Juliana tem 51 anos, é psicóloga formada há 22 anos e atua no hospital cinco há 20 anos. Possui especialização em psicologia hospitalar e em Psico-oncologia. Exerce atividades de preceptoria e supervisão nos programas de ensino da instituição, e presta assistência aos pacientes, familiares e acompanhantes nas enfermarias e no ambulatório de oncologia pediátrica. Seu regime de trabalho é CLT, com 30 horas semanais. Além do Hospital 5, Juliana trabalha em consultório particular.

4.4.5. a) Diário de Campo & Entrevista Narrativa:

Agendamos, Juliana e eu, nosso encontro pelo telefone com algumas semanas de antecedência. De acordo com Juliana, o início da manhã seria o momento mais oportuno para nos encontrarmos. Isso porque, nesse período, a movimentação estaria mais tranquila – sem muitos pacientes transitando no ambulatório –, o que oportunizaria termos um tempo de entrevista sem muitas interrupções. Ao chegar no Hospital 5, dirigi-me ao prédio das enfermarias e ambulatórios pediátrico. Apesar de no hall da entrada do prédio ter uma recepção, não foi necessário nenhum tipo de identificação. Percebi, então, que a mesma funcionava mais como um local para tirar dúvidas e oferecer informações, do que de controle da entrada e saída das pessoas. Diferentemente do Hospital 4, não vi próximo àquele espaço, nenhum profissional fardado fazendo a segurança do prédio.

Assim que cheguei no andar informado, liguei para Juliana. Fiz isso pois haviam longos corredores e várias portas, e eu não sabia em qual entrar. Fiquei aguardando próximo ao elevador e, passados alguns minutos, Juliana veio ao meu encontro. Abraçou-me e deu-me as boas-vindas. Fez questão de me apresentar o espaço, levando-me pelo corredor e apontado em qual ambiente ficava cada serviço. Sorridente e bastante receptiva, Juliana conduziu-me, por fim, até o ambulatório de oncologia pediátrica. Lá, antes de entrarmos em sua sala, ela foi me mostrando o espaço. Apresentou-me à duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira e uma residente de psicologia que se encontravam no posto. Nesse momento, voltou seu olhar para a enfermeira e explicou que precisava conversar comigo em uma das salas do ambulatório. Pediu para que, se possível, não interrompessem.

Seguimos em direção à uma sala. Lá, uma vez sentadas, Juliana esclareceu que as salas são comuns a todos os profissionais que atendem no ambulatório. Mostrou-me os livros, brinquedos e materiais lúdicos utilizados no atendimento com os pacientes. De imediato pude perceber o apreço de Juliana por seu trabalho junto às crianças com câncer. Fiquei ali, sentada, escutando-a falar com paixão sobre como já estava naquele hospital há 20 anos. Aproveitei a oportunidade e expliquei-a sobre o objetivo de nossa conversa. A partir desse momento, Juliana trouxe-me em detalhes sua experiência no hospital: “Eu entrei aqui na oncologia, assim, muito verde. Sem experiência nenhuma [...] Eu tinha a teoria, mas a prática nenhuma. Só de estágio mesmo. E se deparar com esse mundo que te requer tanta coisa. E, aí, como, né. Como fazer isso? ”.

Seu questionamento acerca de como conduzir-se no espaço hospitalar a impeliu para a construção de uma prática atrelada à produção de saberes sobre a Psicologia Hospitalar e a Psico-oncologia. São sobre estes dois alicerces que Juliana lança mão a fim de fazer a experiência de si enquanto psicóloga dentro do setor de onco-pediatria do Hospital 5. Além destes, a participante também se utiliza dos discursos da Saúde Integral, da psicologia médica e dos Cuidados Paliativos para posicionar-se ao longo de sua experiência narrativa. Estes discursos, de acordo com Juliana, oportunizaram-na vivenciar a experiência da prática a qual se apresentava para si como acima descrito requerendo “tanta coisa”.

O serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital 5 foi fundado em 1994. No Brasil, as equipes em oncologia pediátrica foram formatadas, desde seu início, por profissionais das diversas áreas da saúde. Esse dado histórico, segundo Juliana, faz com que “seja fácil para os outros profissionais não-médicos participar e ter o seu espaço dentro da equipe” (Ponto de análise 1, Constelação). Neste sentido, o trabalho em equipe é apresentado como sendo “integrado” cuja “visão geral é voltada para o paciente e família”. Apesar do discurso da saúde integral ser apresentado aqui como um dos discursos que sustentam sua prática em saúde, chama atenção o fato de haver uma polarização entre os profissionais: “médicos e não-médicos”. Sendo o poder médico denominado de poder-saber, salientando-se a autonomia profissional do trabalho médico sobre os demais (Ferreira, Penteadó & Silva Júnior, 2013).

Deste modo, este foi um dos saberes que precisou aprender ao longo dos vinte anos de prática na enfermaria de oncologia pediátrica: “circular bem entre os espaços”. Todavia, concomitantemente, viu-se precisando “saber peitar o médico. Não ter medo de abordá-lo e questionar” (Ponto de análise 2, Constelação). Esta aprendizagem diz respeito às práticas hospitalares em suas dimensões discursivas e não discursivas; ou seja, seus saberes e técnicas enquanto condições de possibilidade para a construção da experiência de si em paralelo à construção do papel e da importância da psicologia dentro deste cenário. As práticas discursivas e não-discursivas médicas no ambiente hospitalar – assim como de forma mais abrangente o próprio sistema de saúde com seus princípios e diretrizes –, engendram efeitos discursivos sobre as demais profissões de saúde, requerendo a sua presença. A demanda por um olhar mais amplo sobre o doente, concomitante às exigências econômicas, políticas e ideológicas articuladas às demais práticas da sociedade forjam as condições de possibilidade para a ação de outros profissionais não-médicos.

Os discursos de integralidade da saúde e de interdisciplinaridade passam a subsidiar a diversidade de práticas clínicas no ambiente hospitalar, mas ainda sob a gerência da razão governamental prevalecente do governo das condutas. Assim, no geral, “as organizações de saúde, em especial o hospital, não têm permitido a autonomia dos sujeitos, quer trabalhadores, quer usuários, pois encontram-se ainda fortemente ancoradas em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pela rigidez e pelo mecanicismo” (Ferreira, Penteado & Silva Júnior, 2013, p.807). Não obstante, de acordo com Foucault (2017) onde se exerce poder exerce-se, igualmente, resistência como produção contínua de modos de vida e de relações que escapam ao controle. Dessa maneira, o território hospitalar e o saber-poder médico produzem não apenas o exercício do controle das subjetividades a partir da racionalidade dominante como, também, a emergência de formas de resistência (Lima e Yasui, 2014). Vale ressaltar, porém, que nem sempre as formas de resistência constituem uma prática em ruptura com as formas de poder que exercem governo sobre a vida.

Desde o primeiro momento, continua Juliana, o paciente quando é admitido no setor recebe acolhimento – tanto a criança, quanto a família. Em seguida, no segundo momento, intitulado como admissão social, são averiguados os detalhes do diagnóstico, prognóstico, efeitos colaterais. Para, enfim, em um terceiro momento, ser conduzida uma anamnese. Esse

roteiro é seguido com o intuito de, posteriormente, ir “pensando como vai ser o plano terapêutico daquele paciente”. Interessante pontuar que, por se tratar de um tipo de serviço pensado desde sua fundação com base multiprofissional, sustenta-se em uma perspectiva integral de saúde na qual a cura não é considerada como sendo apenas orgânica, mas social e espiritual. Com base nisto, afirma Juliana, “Trabalhar no setor de oncologia pediátrica é um pouco diferente. Assim, até porque eu tenho outras práticas em outras equipes. É bem diferente! ”. Outro facilitador, na opinião de Juliana para a possibilidade de transitar entre os espaços e saber abordar e questionar a equipe médica é o caso de “não ter muita rotatividade. A equipe médica é a mesma desde que eu entrei. Com alguns acréscimos, né. Porque era uma equipe pequena, só tinham duas pessoas”.

À vista disso, ressaltam-se as produções discursivas (saberes e técnicas) engendrados pelo modelo biopsicossocial de saúde desenvolvido pelo psiquiatra George L. Engels (1913-1999) o qual, afastando-se de um modelo linear de saúde, sustenta-se na compreensão de que a doença pode ter origem numa combinação de fatores biológicos (por exemplo, um vírus), psicológicos (por exemplo, comportamentos e crenças) e sociais (por exemplo, inserção em diferentes instituições) (Ogden, 2004). A partir desse modelo, integrar-se-ia o psicológico (cognição) e o meio ambiente (social) ao modelo de saúde biomédico tradicional (genética, vírus, bactérias, defeitos estruturais). Por conseguinte, alguns questionamentos fazem-se prementes: 1. Quem é o responsável pela doença? 2. Como a doença deve ser tratada? 3. Quem é responsável pelo tratamento? 4. Qual é a relação entre saúde e doença? 5. Qual é a relação entre mente e corpo? E, por fim 6. Qual o papel da psicologia na saúde e na doença?

No que tange à noção sobre doença e saúde, no modelo biopsicossocial a doença é considerada como o resultado de uma combinação de fatores (genéticos, comportamentais e sociais). Isso significa dizer que o indivíduo já não é mais encarado como uma vítima passiva, podendo vir a ser considerado responsável pelo seu estado de saúde. Neste sentido, em relação ao modelo paradigmático anterior (biomédico), observam-se avanços no que concerne a possibilidade de empoderamento do paciente frente à patologia que lhe acomete vindo este a ser considerado, por exemplo, como participante ativo no processo de construção do seu plano terapêutico. Em contrapartida, isso significa igualmente maior abrangência do

governo sobre a vida. Se o governo da vida antes, no modelo biomédico, referia-se à vida biológica (anatomopolítica) no qual cabia ao Médico a sua gestão; agora, no modelo biopsicossocial o governo se estende para as condutas, e para os modos de se viver a vida (comportamentos e atitudes), tal como nos sugere Foucault (2010). Daí ser tão necessária a inserção dos demais profissionais de saúde no território hospitalar com o intuito de tratar o paciente de modo integral.

Estas questões são possíveis de serem vistas na narrativa de Juliana quando a mesma afirma que “quando a gente pensa em cura, a gente pensa na cura orgânica, na cura social, espiritual. E que esse paciente e essa família saiam daqui, né, capacitados de seguir adiante com a vida deles”. Capacitar o paciente e a família a seguir com a “vida” significaria, então, a possibilidade de exercer governo sobre a vida (não apenas do paciente, mas daqueles que com ele/ ela convive). Uma ressalva se faz necessária ao regime de governo apresentado pela participante enquanto psicóloga da enfermaria de oncologia pediátrica; sua prática é apresentada como estando baseada no “empoderamento” do paciente em seu próprio tratamento. Essa ressalva é importante posto que, sustentada pelo modelo salutogênico de saúde e por discursos da reforma sanitária e psiquiátrica, as práticas discursivas e não discursivas da atuação da psicologia nesta enfermaria variam entre atos de governo (governamentalidade) sobre a vida do paciente e atos que se constituem como práticas de cuidado-de-si.

Neste momento da entrevista narrativa um ponto de interesse comum (*inter-esse*) se produz e a seguinte pergunta é apresentada: “Você falou que o tratamento vai muito pela perspectiva do empoderamento do paciente, não é?! Como ocorre esse empoderamento do paciente? ”. Com base nesta questão, Juliana elucida o empoderamento esclarecendo se tratar de “trazer ele [o paciente] para dentro desse tratamento. Que ele é importante para esse tratamento, e que a equipe só pode fazer cinquenta por cento. Mas, que eles, acompanhantes e pacientes, são responsáveis pelos outros cinquenta por cento. No sentido do compromisso com o tratamento, de entender a importância da medicação oral que eles estão levando, porque eles têm que tomar no horário certo. Da importância de não faltar as consultas. Né. De trazer esse paciente”. Ao dizer que a “equipe só pode

fazer cinquenta por cento” (Ponto de análise 3, Constelação). Juliana demonstra a postura de empoderar a pessoa do paciente como alguém que também é responsável pelo sucesso da terapêutica; destituindo o poder de um único pólo, o médico tal como historicamente era posicionado dentro da perspectiva biomédica de saúde. De igual modo, ao que parece, trata-se de um convite à gestão da própria vida (e da doença) uma vez haver horários (das medicações) a serem cumpridos e o compromisso necessário com as consultas. Neste sentido, o discurso do empoderamento caracteriza-se como um discurso baseado na gestão da vida a qual visibiliza o paciente, retirando-o do lugar passivo da espera para um lugar ativo da ação. Mas que, ao mesmo tempo, dita como essa gestão deve ocorrer baseado nas práticas discursivas e não discursivas da medicina, oncologia, e todos os saberes em saúde que circulam no território hospitalar.

Assim, seguindo os endereçamentos das posições de sujeito produzidas nos discursos do modelo biopsicossocial de saúde, a participante demonstra a postura de posicionar (tal como o modelo sugere) o paciente de modo ativo em seu tratamento. Dada a compreensão de sua atuação ser baseada neste empoderamento, um ponto de descontinuidade é produzido pela inserção por parte da pesquisadora em relação aos efeitos desse empoderamento no cotidiano hospitalar. Então, questiona-se: “Você vê alguma dificuldade quando esse paciente é ativo? Por que, às vezes, ser ativo implica em outras questões”. Ao que a mesma responde: “Às vezes sim! Exato. Às vezes acontece, né, da gente ouvir comentários tipo assim: “Poxa vida, essa mãe pergunta demais. Essa mãe quer saber de tudo”. Não é. Ao mesmo tempo em que a equipe trabalha para isso.... Aí, nesse momento, a gente tem que sentar e avaliar, né, assim: “Poxa vida, o que é que está incomodando? Se a filosofia da equipe é essa, o que é que está incomodando tanto essa mãe na equipe, né? ”. A intensidade empregada às colocações “perguntar demais” e “saber tudo” demonstram os efeitos produzidos pelas práticas institucionais a partir do empoderamento do paciente e do familiar *no* tratamento. Outros efeitos possíveis de serem vistos são o “incomodo” causado na equipe por ter paciente e família empoderados, assim como também o efeito sobre a participante que se posiciona como alguém que precisa agir como psicóloga questionando esses efeitos.

Em um primeiro momento, poder-se-ia pensar que pela história da constituição do setor de oncologia pediátrica tal como narrada por Juliana e pelo fato de se tratar de uma equipe multiprofissional, o “empoderamento” do paciente e sua família aconteceria sem nenhum tipo de resistência por parte dos campos de saber-poder presentes na territorialidade hospitalar. Contudo, o trecho da narrativa de Juliana, acima apresentado, demonstra a resistência destes profissionais em ter “essa mãe na equipe”. Ter a mãe do paciente na equipe significaria igualá-la em termos de poder aos profissionais. Significaria, também, reconhecer e validar os saberes (pensa-se aqui que, muitas das vezes, estes saberes seriam não científicos, mas sim do cotidiano e da vida) atribuindo-lhes poder na tomada das decisões. Poder este distribuído e disputado entre os membros da equipe multiprofissional em relação ao próprio paciente, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Essas disputas referem-se à dispersão dos enunciados nos jogos de forças dentro dos diferentes campos de saber, conforme tratado no método da presente tese, quando debatida a questão da heterogeneidade discursiva.

A heterogeneidade discursiva, ou o interdiscurso, diz respeito ao fato de que os enunciados são formados por tantos outros enunciados; e, também, aos modos pelos quais as formações discursivas estão em relação umas às outras e entram, simultaneamente, em diferentes campos de saber-poder. Assim sendo, a ação do interdiscurso, é a ação da complementariedade e da luta dos diferentes campos de saber-poder a qual depende dos jogos de força e poder encontrados em cada lugar, e em como a posição que os enunciados ocupam é diferente (Foucault, 1999). Por isso, dizer-se que o discurso é, na verdade, o lugar da multiplicação dos discursos bem como o lugar da multiplicação dos sujeitos. O discurso do modelo biopsicossocial ao mesmo tempo em que empodera o paciente, o posiciona no lugar daquele que deve escutar e seguir a conduta estabelecida por não apenas um profissional de saúde (médico), mas de vários (equipe multiprofissional).

Com base na afirmativa de Juliana: “Aí, nesse momento, a gente tem que sentar e avaliar”, a psicologia é posicionada dentro do jogo enunciativo como a categoria que analise a postura e as atitudes dos demais profissionais a fim de observar as condutas e “avaliar” se todos estão agindo de acordo com a “filosofia da equipe” (Ponto de análise 4, Constelação). Responsável por intervir não apenas nos comportamentos e condutas dos

pacientes, mas nas ações e procedimentos considerados inadequadas para profissionais de saúde que compõe uma equipe multiprofissional cujo objetivo é a cura integral da pessoa humana. Nesta perspectiva, a observação, a vigilância disciplinar e o controle das condutas residem, igualmente, sobre todos àqueles que participam do território hospitalar.

Interessada em aprofundar sua perspectiva sobre a atuação da psicologia no hospital junto à equipe multiprofissional, Juliana explica que existia do ponto de vista da equipe “toda uma expectativa de como a psicologia ia atuar”. Diferentemente de outros setores, no setor de oncologia pediátrica, independente de quem esteja atendendo, a psicologia conseguiu mostrar através da ação que faz mais do que apagar incêndio. No dizer de Juliana: “E, aí eu acho que isso a gente conseguiu mostrar que a gente não é bombeiro, não é. Eu acho que isso hoje em dia isso... Diferentemente de outros setores que só chamam na hora que, né, está pegando fogo ou que está dando trabalho. É o paciente problemático, ou a família problemática. A gente vê que aqui a gente conseguiu mostrar que a psicologia é mais do que isso, não é. Então, eu acho que a gente tem um espaço muito legal dentro da equipe. A gente tem reconhecimento” (Ponto de análise 5, Constelação). Isto é, como outrora mencionado, em seu setor e com sua equipe, a participação da psicologia faz-se relevante desde o primeiro momento; na admissão do paciente e ao longo de toda a execução do protocolo e na construção do plano terapêutico do paciente. O reconhecimento reside no fato de não ser chamada apenas para apagar incêndio – significando aí, dar conta de pacientes denominados como “problemáticos” –, mas sim de todo o processo de admissão e acompanhamento par a cura integral.

Diferentemente de outros setores, Juliana pontua o reconhecimento da atuação da psicologia por parte de toda a equipe e a importância deste reconhecimento para a sua atuação. Não ser chamado apenas quando há “um paciente ou família problemática” ou quando a enfermagem está “pegando fogo” parece sugerir a produção de um espaço de reconhecimento (espaço de poder) sobre a “importância da psicologia para a equipe, para os pacientes e para os familiares”. Ao ser questionada acerca da construção do espaço e reconhecimento, Juliana esclarece “Que para ser psicólogo hospitalar você tem que ter algumas características, não é?! E que se você não tiver você vai

ter que trabalhar para ter, porque senão você não vai conseguir. Você não vai trabalhar com o ideal. Né. Você vai trabalhar com pessoas muito diferentes e você vai ter momentos realmente que você não vai ter o reconhecimento, ou não vai ter o espaço para entrar naquela equipe”. Deste modo, evidencia-se a produção dessa territorialidade sobre a produção da experiência de si que Juliana faz enquanto psicóloga. Ao atribuir “características” ao psicólogo que atua no hospital, Juliana identifica o lugar do psicólogo como aquele que deve ser, no seu dizer, “flexível”. Faz-se necessário retornar aqui ao momento da entrevista narrativa em que Juliana apresenta-se como alguém que sabe “transitar”. Logo, a postura do psicólogo no hospital parece ser aquela de alguém que é flexível suficientemente para transitar em diferentes espaços e trabalhar com pessoas muito diferentes de si mesmos, a fim de saber avaliar as diferentes situações e, assim, poder ser relevante tanto para a equipe como para pacientes e familiares. Este movimento, porém, constitui-se como um processo de produção contínua no qual, segundo Juliana, trata-se de “construção que foi sendo feita tijolinho por tijolinho” (Ponto de análise 6, Constelação).

Segundo Lopes (2012), a inserção da psicologia no hospital possui uma longa trajetória, todavia isso não significa dizer que o seu lugar esteja *à priori* definido. Antes, deve-se manter em mente que diz respeito a demarcações territoriais as quais precisam ser construídas por meio de um “trabalho diário, comprometido, técnico e ético, atento aos objetivos e às demandas institucionais” (Lopes, 2012, p.95). Esta parece ser a questão pontuada por Juliana, sobre o processo de construção do espaço de atuação da psicologia junto aos demais profissionais de saúde dentro da territorialidade hospitalar é amplamente debatido na literatura especializada da área. Desse modo, observa-se ao longo de sua narrativa a utilização de redes discursivas situadas na psicologia hospitalar as quais sustentam e engendram as posições de sujeito a partir das quais faz a experiência de si como psicóloga no hospital 5.

Outra característica necessária a inserção da psicologia no hospital, ainda de acordo com Lopes (2012) são *tempo e paciência*, uma vez que toda e qualquer boa obra exigem tais atributos de quem as executa. Chama atenção, pois, a proximidade discursiva do saber encontrado nos discursos da Psicologia Hospitalar com a narração da vivência por parte de

Juliana. Longe de se tratar apenas de estar correta em sua assertiva, parece-nos, antes, muito mais a evidência de como as práticas discursivas (saberes) subjetivam. Isso é possível de ser visto, igualmente, em relação ao tipo de demanda que a equipe dirige à psicologia e ao modo como a profissional a responde. Por fim, “a inserção da psicologia nas equipes de saúde depende de o psicólogo ser capaz de articular o trabalho que realiza no âmbito hospitalar com as atividades desenvolvidas pelos outros profissionais, além de conhecer os serviços oferecidos, familiaridade com a terminologia técnica empregada e capacidade para compartilhar aspectos de sua prática, clara e objetivamente” (Lopes, 2012, p.96).

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, colocar-se-á em perspectiva as várias fases da pesquisa no intuito de empreender um exercício do pensamento sobre o próprio pensamento. Ou seja, assim como Foucault (1984) sugere, levantar reflexões a respeito do modo de caminhar *na/* da Tese e de suas produções. Modo este cujo objetivo não fora unicamente pautado na produção e aquisição de conhecimentos, mas igualmente no descaminho oportunizado pelo próprio caminhar. Descaminho o qual nos aponta para a abertura e não fechamento do objeto-*problema* e objeto-*processo* em estudo. Abertura para considerar, mais uma vez, a inventividade e o caráter criativo e situado das produções narrativas da presente Tese.

A revisão sistemática da literatura conduzida sinalizou a formação *da* Psicologia, enquanto campo de saber e área de atuação, na qualidade de discurso e prática social que legitima regimes de verdade e forja técnicas de governo. Este achado corrobora com o que pode ser visto na ida ao campo – com a colheita das produções narrativas –, pois as posturas e posicionamentos dos profissionais de psicologia, no hospital, são forjadas por técnicas de governo e saberes naturalizados no cotidiano. Trata-se, pois, de um estudo novo e publicável posto que não foram encontradas referências (nenhum estudo teórico, teórico-empírico e/ou relato de experiência) que contemplasse a atuação da psicologia em saúde à nível de atenção terciária, em instituições hospitalares. Deste modo, destaca-se a importância e o caráter relevante e inovador da presente Tese – tanto pelo recorte do objeto de estudo, quanto pela técnica analítica construída para analisá-lo –, que se refere à interseção entre Psicologia e Saúde em instituições públicas do setor terciário.

Interessante sinalizarmos, igualmente, o fato de não terem sido encontrados nenhum estudo sobre as práticas de atuação em hospitais em uma perspectiva foucaultiana. Em sua maioria, as bases de dados trazem estudos e pesquisas que produzem e legitimam saberes e práticas pautadas em técnicas de governo sobre a vida. Deste modo, as produções narrativas da presente Tese oportunizam uma nova perspectiva sobre as práticas de profissionais da psicologia no hospital. Assim como, também, lança luz sobre as relações de poder e jogos de verdade que produzem estéticas da existência no território hospitalar desnaturalizando posições de sujeito do senso comum.

As posições de sujeito endereçadas aos profissionais de psicologia que trabalham em saúde, no espaço hospitalar, são apresentadas como as de uma formiguinha e a de um bombeiro. Todavia, os efeitos desses discursos dominantes – enraizados nas estruturas sociais – e das posições endereçadas por estes aos seus sujeitos, são múltiplos. A noção da prática profissional do psicólogo em saúde como a de um bombeiro chamado a apagar um incêndio, e a de alguém que faz seu trabalho, no cotidiano, paulatinamente, como uma formiguinha, tornaram-se senso comum da prática do psicólogo hospitalar. Ou seja, foram naturalizados. Como visto nas produções narrativas das participantes da pesquisa, há participantes (participantes 1, 3 e 4) que ao longo de suas narrativas ora se identificam com essas posições (quer seja com a de bombeiro, quer seja com a de formiguinha) e produzem práticas concretas de atuação identificando-se como alguém que trabalha incansavelmente para apagar incêndio.

Todavia, há participantes que não se identificam com estas posições de sujeito; pelo contrário, resistem a estes discursos e suas relações de poder, diferenciando-se e distanciando-se das mesmas e produzindo outras posições de sujeito a partir de suas práticas no cotidiano (participantes 2 e 5). Em vista dos discursos produzirem – como efeito – modos de ser psicólogo em saúde, fortemente implicados no exercício do poder encontrados nas estruturas sociais e institucionais, fez-se mister prestar atenção às relações entre os discursos e as práticas institucionais. Isto é, as formas de regular e organizar a vida no cotidiano hospitalar tomam corpo em saberes e técnicas, legitimam e são por estas legitimadas reforçando as estruturas sociais e institucionais. Como exemplo, podemos citar a utilização de técnicas (apoiadas em saberes científicos) tais como as dos protocolos. Os protocolos de saúde utilizados em instituições hospitalares são práticas não-discursivas (técnica) e discursivas (saberes) sobre quem, como, quando o paciente deve receber procedimentos médicos.

A reflexão proposta é a de que não se trata de abolir tais técnicas antes, porém, problematizar sua utilização a fim de evidenciar a produção das posturas e posicionamentos em saúde. Posturas não apenas por parte de quem as aplica, mas igualmente por parte daqueles que são submetidos. Muitos destes protocolos de conduta hospitalar são estratégias e técnicas de poder, governando e ditando sobre os sujeitos como conduzir-se no cotidiano.

E, à depender da postura de quem o aplica, o mesmo pode ser exercido como estados de dominação (Foucault, 2014) nos quais o sujeito (no caso, o paciente) não possui mobilidade e, tampouco, permissão para modificar-se. Em verdade, todos se submetem ao protocolo posto que dizer a conduta a ser aplicada no paciente implica em alguém que conduza a conduta médica. E, deste modo, demanda um profissional que aprenda e submeta-se a conduta a fim de poder aplica-la com maestria. Por isso, parte-se do pressuposto que todos (profissionais e pacientes) se submetem aos protocolos; às técnicas de um modo em geral.

Retomamos, assim, à dimensão ética-estética-política do presente trabalho a qual visibiliza a territorialidade hospitalar, suas práticas econômicas, suas práticas (discursivas e não-discursivas) e relações interpessoais, como produtoras de modos de subjetivação. A presente Tese expressa a necessidade de se pensar e a singularidade das produções territoriais. Não apenas de uma instituição hospitalar para outra, mas dentro de uma mesma instituição, na qual é possível encontrar modulações distintas para as práticas de governo e condução de condutas da vida no cotidiano à depender do plano comum das forças produzido no encontro entre os diferentes profissionais de saúde e como estes se relacionam e comunicam. Como, em verdade, produzem um coletivo de forças e são por estes produzidos no qual não há a prevalência de um saber sobre o outro; mas, sim, a transversalidade de saberes. Ora, a importância da transversalidade de saberes e técnicas reside – ao nosso ver – exatamente no fato de oportunizar redes de relações mais fluidas e práticas de liberdade ao invés de práticas pautadas em estados de dominação (quer seja de um profissional sobre o outro, quer seja de um profissional sobre o paciente).

Aqui, faz-se mister lembrar o que Foucault (2004), em entrevista intitulada: “A ética do Cuidado de si como prática da Liberdade”, de 1984, irá esclarecer como sendo uma prática ascética a qual diz respeito a um exercício de si, sobre si mesmo. Um exercício que produz uma prática de liberdade. Assim, retomamos os questionamentos feitos nas diretrizes cartográficas debatidas no capítulo sobre o método a fim de responde-las. A saber: Quais narrativas *irrompem* durante a pesquisa? Como as *narrativas da* pesquisa se engendram e fazem emergir a *experiência narrativa na* pesquisa? O desafio deste exercício se apresenta dado à característica multidimensional do objeto-problema e objeto-processo em estudo. Por

isto, de antemão, reconhecemos a apresentação deste em um recorte pontual e contingencial da história.

De todo modo, com o intuito de respondermos a tais questionamentos sobre as produções narrativas da/ na tese, faz-se premente o retorno à problematização inicial, a saber: como profissionais de psicologia em saúde atuam a partir de lógicas e modos de ver/compreender a si mesmos, a profissão, suas relações com pares e colegas da equipe de saúde, assim como com a própria instituição de saúde. Ou seja, como se constroem modos singulares de existência no espaço hospitalar? Essa problematização partiu da compreensão, segundo Foucault, de que os sujeitos são efeitos discursivos; efeitos das disputas de poder em diferentes campos de saber-poder e territórios existenciais. Deste modo, a fim de tomarmos a experiência singular de cada participante enquanto psicóloga que atua em saúde retomar-se-á, brevemente, a história do hospital, enquanto instituição de saúde, demarca o espaço territorial, das relações entre os profissionais que ali atuam, pelo poder.

Em relação aos modos pelos quais as profissionais que participaram da presente pesquisa se apresentam, todas as cinco, sem exceção, se apresentam como psicólogas hospitalares explicando ser devido ao fato de suas práticas ocorrerem dentro do espaço hospitalar. Os principais discursos nos quais estas se apoiam para produzir a experiência de si enquanto psicóloga na saúde são os discursos da psicologia hospitalar, psicologia médica, psicologia da saúde, psico-oncologia e cuidados paliativos. Com exceção da psicologia médica, cujo fundamento ainda reside centrado em um modelo biomédico, os demais discursos trazem em seu bojo a noção da saúde integral. O discurso da saúde integral, por sua vez, propagado – entre avanços e retrocessos – constrói no espaço hospitalar possibilidades de práticas de cuidado-de-si as quais coadunam com práticas de governamentalidade. Isso ocorre devido ao fato de produzir, concomitantemente, maior empoderamento da pessoa do paciente atrelado à maior domínio de diferentes dimensões da vida do sujeito. Assim sendo, a partir das produções da presente Tese de Doutorado, pode-se concluir que, em relação às práticas “*Psi*” como práticas de Governamentalidade e Cuidado-de-si em saúde, nos hospitais pesquisados, e seus efeitos...

Na entrevista 1, com a participante Maria, a experiência narrativa oportunizou o que Foucault denomina como acontecimentalização – movimento em que nos questionamentos

quem somos no momento em que vivemos –, com mudanças de posicionamentos ao longo da sua *narração*. Apoiada nos discursos da psicologia da saúde, psicologia hospitalar, saúde mental, psicanálise, Maria faz a experiência de si enquanto psicóloga que atua em saúde posicionando-se como alguém que é chamada para apagar incêndios e construir pontes entre o paciente, o médico e a equipe de saúde. No hospital 1, chama-se a psicologia para atender aqueles/ as pacientes que estão chorando e dando trabalho. As relações de comunicação são verticalizadas em relação à equipe médica e mais horizontalizada em relação aos colegas da equipe de saúde, nomeados como “*para-médicos*”. Seus posicionamentos demonstram maior predominância de uma razão governamental baseada na governamentalidade. Problematiza, por fim, como o próprio hospital enquanto territorialidade produz relações assimétricas de poder principalmente entre a classe médica e não-médica.

Já na entrevista 2, Lídia, demonstra posturas mais críticas em relação à sua atuação como psicóloga que atua em saúde. A razão governamental predominante em sua atuação demonstra ser, por sua produção narrativa, a do cuidado-de-si. Sua postura ao longo da experiência narrativa demonstra produções de questionamentos ético-estético-políticos baseada nos discursos da Política Públicas, do Sistema único de Saúde, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Psicologia Hospitalar e Psicologia Médica. O hospital 2 é apresentado como um espaço territorial em que é possível encontrar diferentes razões governamentais a depender da história do serviço e da composição da equipe. Nestes espaços, diferentes relações comunicacionais e de poder estão presentes. Apesar de pontuar que a psicologia é chamada para apagar incêndios e atender o paciente descompensado e em surto, posiciona-se como alguém que procurou construir – através de atitudes no cotidiano –, uma prática ativa, posicionada, em que não espera ser chamada. Lídia confronta-se com as verdades apresentadas nesse espaço territorial e as contesta, principalmente as verdades do campo de saber biomédico.

Aline, psicóloga do hospital 3, demonstra, assim como Lídia, posturas críticas em relação à sua atuação no hospital. Sua experiência narrativa conota o engendramento de posturas e posicionamentos de cuidado-de-si ao longo de sua vivência dentro do território hospitalar. Desde o início de sua formação profissional, ainda na graduação, até sua atuação como psicóloga no hospital 3. Sustentada nas produções discursivas da Psicologia Transpessoal,

Psico-oncologia, Cuidados Paliativos e no modelo integral de saúde, Aline faz a experiência de si enquanto psicóloga pondo em xeque uma atuação voltada apenas para a o governo das condutas. Todavia, a depender dos espaços de atuação suas intervenções são apresentadas como baseadas em normatizações (práticas discursivas) da medicina. A enfermaria é um espaço apresentado como demandando posturas mais voltadas para o governo da conduta (no cotidiano do espaço hospitalar) dado, também, ao fato de se tratar de um paciente comumente mais fragilizado. Em contrapartida, o ambulatório é apresentado como espaço de atuação no qual suas intervenções baseiam-se mais na atitude ética do cuidado-de-si levando os pacientes a desenvolver posturas crítico-reflexivas. Neste hospital, diz Aline, o serviço de psicologia é valorizado e demonstra ter força pois são escutadas e sempre solicitadas. Não obstante, em sua maioria, chama-se a psicologia quando o/a paciente surta ou descompensa.

No hospital 4, a psicóloga Andrea apoiada nos discursos da Psicologia Hospitalar, Psicologia Médica e na concepção da integralidade da Saúde, faz a experiência de si enquanto psicóloga como uma profissional que é convidada a apagar fogo. Para Andrea seu trabalho constitui-se como um trabalho de formiguinha, uma vez haver poucos psicólogos para responder a demanda da instituição. A equipe de psicologia é chamada quando os profissionais percebem o paciente triste e/ ou com raiva devido às dificuldades da vivência da internação, da sua doença e seu prognóstico. Sua experiência narrativa demonstra que Andrea se posiciona como alguém que deve ajudar a gerir as condutas dentro do hospital; não apenas a conduta dos pacientes, como também a conduta dos profissionais de saúde. A razão governamental que prevalece nas práticas *psi* em saúde apresentadas por Andrea constituem-se de ações para o governo da conduta dos pacientes.

Por fim, a psicóloga Juliana, responsável pelos atendimentos ambulatoriais e de enfermaria do setor de oncopediatria do Hospital 5, problematiza sua atuação afirmada ter conseguido mostrar ao longo de 20 anos de trabalho que o psicólogo não é bombeiro; que não deve ser chamado apenas para apagar incêndio. Juliana lança mão dos discursos da psico-oncologia, da saúde integral, da psicologia hospitalar, psicologia médica e cuidados paliativos para fazer a experiência de si como psicóloga. Sua narrativa é produzida a partir de uma construção ético-estético-política em que visa empoderar o paciente e sua família desde o início do tratamento contra o câncer. Suas intervenções em saúde visibilizam a razão

governamental prevalecente de sua prática a qual engendra atitudes de cuidado de si. Todavia, faz-se necessário destacar que o discurso da integralidade da saúde produz igualmente uma hiperespecialização do cuidado o qual agarra-se com maior abrangência às diferentes dimensões da vida das pessoas. A saúde é vista a partir da perspectiva do paradigma salutogênico, base para o modelo biopsicossocial. Neste sentido, a cura é considerada como a cura integral do ser humano; não apenas a cura física, biológica. Para que haja maior abrangência da atuação da psicologia na equipe de saúde e junto ao paciente, Juliana sustenta a necessidade do desenvolvimento de características pessoais por parte do psicólogo. Para Juliana, faz-se necessário pois saber circular entre os diferentes ambientes do hospital e, principalmente, questionar o médico quando necessário.

Aqui também são pontuadas questões relacionadas aos paradoxos do cuidado em saúde e a construção de si mesmo através das práticas de atenção levando em consideração as aproximações das vivências e a singularidade de cada uma delas. Diante das diferentes narrativas apresentadas e analisadas, pode-se observar que todas as cinco entrevistadas apontam para o chamamento da psicologia no território hospitalar como efeito das práticas discursivas e não discursivas biomédica que produzem a demanda pela escuta da interioridade psíquica durante a internação do paciente. A psicologia foi chamada a intervir neste espaço – a partir da produção de diferentes modalidades junto a paciente, equipe e família –, primeiramente na rede de atenção pública. No Brasil, a atuação dos primeiros psicólogos nos serviços de saúde hospitalar ocorreu devido à proposta de integrar a Psicologia à Educação Médica, calcada no paradigma biomédico (Gioia-Martins, 2012). Desse modo, dado à história da territorialidade hospitalar observa-se um refinamento da atenção psicossocial em saúde sendo justamente com o intuito de governar a interioridade, o desejo e a vontade do paciente, que a psicologia é chamada a agir.

Contudo, com o advento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica (Freire, 2012) novas destinações passam a ser produzidas para a presença e convocação da atuação dos psicólogos na saúde. Em uma perspectiva Foucaultiana, poder-se-ia afirmar que tais discursos se apresentam como resistência ao modelo biomédico de saúde tendo em seu bojo práticas discursivas e não discursivas as quais buscam desestabilizar e balizar os saberes e técnicas hospitalocêntricos e médico-centrados. Contudo, o exercício do poder na territorialidade

hospitalar passa a ser assimilada pelas estratégias de poder e deixando de produzir efeitos de resistência. Daí porque, por exemplo, ser possível encontrarmos falas como as de Maria (Hospital 1) e Andrea (Hospital 4) posicionando as práticas psi em saúde como práticas de governo sobre a vida. Em contrapartida, as posturas apresentadas pelas entrevistadas Lídia (Hospital 2), Aline (Hospital 3) e Juliana (Hospital 5) põe em xeque as práticas de governo baseadas na governamentalidade através de atitudes de cuidado de si. Todas estas três participantes demonstraram, ao longo de suas experiências narrativas, posturas e posicionamentos de voltar-se para si em buscar de forjar uma verdade acerca de si mesmo – movimento que teve por efeito a produção de uma estilística, uma ética profissional singular.

Em relação às potencialidades e dificuldades vivenciadas ao longo do processo de produção das narrativas da/ na tese, destaca-se o caráter artesanal da pesquisa como uma das suas principais características. Por ser artesanal, temos a favor da presente Tese sua originalidade em termos de produção de método e instrumentos. O entendimento sobre a lógica Foucaultiana acerca da problematização e acontecimentalização ocorreram em um processo de voltar-se para si vivenciado pela própria pesquisadora a qual buscou, continuamente, através de exercícios de práticas cotidianas de estudo, por em movimento técnicas de produção e estudo produtores de saber sobre si e sobre o conteúdo estudado. Em contrapartida, exatamente por se tratar de uma produção artesanal na construção de um *ethos* de pesquisa, demanda-se uma produção processual que se (re) inventa a medida que se caminha, o tempo demandado para a produção dos instrumentos e avaliação dos caminhos de análise foram elementos dificultadores do próprio processo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202.
- Alvarez, J., & Passos, E. (2014). Cartografar é habitar um território existencial. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.131-149). Porto Alegre: Sulina.
- Ayub, J. P. (2014). Introdução à analítica do poder de Michel Foucault. São Paulo: Intermeios.
- Barros, L. M. R., & Barros, M. E.B. (2014) O problema da análise em pesquisa cartográfica. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.175-202). Porto Alegre: Sulina.
- Barros, L. M. R., & Kastrup, V. (2014). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.52-75). Porto Alegre: Sulina.
- Benevides, R., & Passos, E. (2014) Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.172-200). Porto Alegre: Sulina.
- Bernardes, A. G., & Quinhones, D. G. (2009) Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*, 40(2), 153-161.
- Bernardes, A. G. (2014) Perfil epidemiológico e práticas de saúde: reflexões sobre uma genealogia do cuidado. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, 40, 83-101.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019) *Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS*. Endereço: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acessado em: 12/09/2019.
- Brzezinski, I. (2015) A investigação qualitativa em teses e dissertações dos programas de mestrado e doutorado em educação: estado do conhecimento. In Costa, A. P., Souza, F. N.,

& Souza, D. N., (Org.), *Investigação Qualitativa: inovação, dilemas e desafios*. (Vol. 1, pp.69-101). Aracaju: EDUNIT.

Cardoso, I. A. R. (1995) Foucault e a noção de acontecimento. *Tempo Social. Rev. Sol. USP*, São Paulo, 7(2), p.53-66.

Carvalho, D. B. (2013) Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar. *Psicologia Ciência E Profissão*. 33(2), 350-365.

Castro, E. (2016) Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. 2ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Cavalcante, R. B., Pinheiro, M. M. K., Guimarães, E. A. A., Bernardes, F. V. G., & Silva, T. I. M. (2014). As relações de poder e a práxis informacional em saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4(3), 1382-1392.

César, J. M., Silva, F. H., & Bicalho, P. P. G. (2014). O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.153-174). Porto Alegre: Sulina.

Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015) A psicologia na estratégia de saúde da família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(1), 211-224.

Dallegrave, D., Kruse, M. H. L. (2009). No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface comunicação saúde educação*, 13(28), 213-237.

Diniz, F. R. A., & Oliveira, A. A. (2014) Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. *SCIENTIA*, 2(3), 143-158.

Escóssia, L., & Tedesco, S. (2014) O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.92-108). Porto Alegre: Sulina.

- Ferigato, S. H., & Carvalho, S. R. (2011, Jul.-Set.) Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 15(38), 663-672.
- Ferreira Neto, J. L. (2004) A atuação do Psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses. *Psicologia Ciência E Profissão*. v. 30, n.2, 390-403.
- Ferreira Neto, J. L., & Penna, L. M. D. (2006) Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11(2), 381-390.
- Ferreira Neto, J. L. (2008) Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*. 20(1),62-69.
- Ferreira Neto, J. L. (2011) *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Ferreira Neto, J. L. (2015) Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. In *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.31, n.3, p.411-420.
- Ferreira Neto, J. L. (2017) A Analítica da Subjetividade em Michel Foucault. In *Rev. Polis e Psique*, 7(3),7-25.
- Fischer, R. M. B. (2001) Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, n.114, p.197-223.
- Fonseca, T. M. G., & Costa, L. A. (2013, Mai-Ago.). As durações do devir: como construir objetos-problema com a cartografia. *Fractal, Rev. Psicologia*, 25(2), 415-432.
- Foucault, M. (1984) *Microfísica do Poder*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2007a) *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. 18ed., São Paulo: Edições Graal.
- Foucault, M. (2007b) *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 12ed., São Paulo: Edições Graal.
- Foucault, M. (2007c) *História da Sexualidade 3: o cuidado de si*. 9ed., São Paulo: Edições Graal.

- Foucault, M. (2013) *O governo de si e dos outros*: curso dado no Collège de France (1982-1983) 1ed. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Foucault, M. (2014a). *A hermenêutica do sujeito*: curso dado no Collège de France (1981-1982) 3ed. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Foucault, M. (2014b). *A arqueologia do saber*. 8ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014c). *A ordem do discurso*. 24ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Foucault, M. (2016) *As palavras e as coisas*: uma arqueologia das ciências humanas. 10ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Frankel, J. R., & Wallen, N. E., (2009) *How to design and evaluate research in education*. Boston: McGraw Hill.
- Freire, A. B. (2012). Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil. In Gioia-Martins, D. F. (Org.), *Psicologia e saúde*: formação, pesquisa e prática profissional (pp.29-44). São Paulo: Vetor.
- Furtado, M., & Szapiro, A. (2012). Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde & Sociedade*, 21(4), 811-821.
- Guareschi, N. M. F., Azambuja, M. A., & Lara, L. (2012) Biotecnologias e a (r)evolução nos modos de subjetivação. *Psicologia em estudo*, 17(1), 5-14.
- Geraldini, J. R. (2012) A formação da psicologia pela análise arqueológica. *Gerais: Revista institucional de psicologia*, Rio de Janeiro, 5(2), 197-201.
- Gioia-Martins, D. F. (2012) Saúde e doença: um breve histórico – como e onde o psicólogo pode atuar? In Gioia-Martins, D. F. (Org.), *Psicologia e saúde*: formação, pesquisa e prática profissional (pp.13-28). São Paulo: Vetor.
- Hillesheim, B., & Bernardes, A. G. (2014). Território e nomadismo: a saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 66(3), 47-58.
- Junges, J. L. (2011). O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta Bioethica*, 17(2), 171-178.

Kastrup, V., & Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.15-41). Porto Alegre: Sulina.

Kastrup, V. (2014) O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (Vol. 1, pp. 32-51). Porto Alegre: Sulina.

Laruelle, F. (1989). *As filosofias da diferença*. Trad. António A. Magalhães. 1ª Edição. Porto, Portugal: Rés.

Lazzaretti, C. T. (2007) [ET. All.] Manual de Psicologia Hospitalar. Curitiba: Unificado.

Lefebvre, A. (2016) The rights of man and the care of the self. In *Political Theory*, 44(4), 518-540.

Lopes, S. R. A. (2012) A psicologia hospitalar na teoria e na prática. In Gioia-Martins, D. F. (Org.), *Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional* (pp.85-106). São Paulo: Vetor.

Machado, L. D., & Lavrador, M. C. C. (2009). Por uma clínica da expansão da vida. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 13(1), 515-521.

Martines, W. R.V.; Machado, A. L.; & Colvero, L. A. (2013). A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 7(2). Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view>. Acesso em: 22/10/15.

Martins, L. A. M., & Peixoto Júnior, C. A. (2013) Deslocamentos na governamentalidade: a subjetivação como resistência ético-política em Foucault. *Psicologia Política*, 13(27), 245-259.

Melo, C. B. (2015) História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In Santos, L. C., Miranda, E. M. F., & Nogueira, E. L. (Org.), *Psicologia, Saúde e Hospital: contribuições para a prática profissional* (pp.19-32). Belo Horizonte: Ed. Artesã.

Moreira, C. O. F., & Dias, M. S. A. (2015) Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sciences*, 40(3), 300-305.

Morin, E. (2000). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Trad. Catarina Eleonora F. D Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: CORTEZ EDITORA, e Brasília: UNESCO.

Morin, E. (2001). *As duas globalizações: complexidade e comunicação uma pedagogia do presente*. Trad. Juremir Machado. Porto Alegre: Sulina/ EDIPICURS.

Muylaert, C. J.; Sarubbi Jr., V., Gallo, P. R., Neto, M. L. R., & Reis, A. O. A. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Ver. Esc. Enferm. USP*, 48(2), 193-199.

Nascimento, M. L., Manzini, J. M., & Bocco, F. (2006) Reinventando as práticas psi. *Psicologia & Sociedade*, 18(1), 15-20.

Neves, J. L., (1996) Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(3). Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf. Acesso em: 24/11/2015.

Nogueira, C. (2008). Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 235-242.

Ogden, J. (2004) *Psicologia da Saúde. Manuais Universitários 11*. 2 Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.) (2014) *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol. 1) Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Barros, R. B. (2014a) A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.17-31). Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Barros, R. B. (2014b). Por uma política da narratividade. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.150-170). Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Eirado, A. (2014) Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Org.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (Vol.1, pp.109-130). Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.) (2014) *Pistas do método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum*. (Vol.2) Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Kastrup, V. (2014). Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.203-237). Porto Alegre: Sulina.

Passos, E., & Carvalho, Y. M. (2015) A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. *Saúde Soc.*, 24(1), 92-101.

Peres, W.S. (2010) Cartografias clínicas, dispositivos de gêneros, estratégia saúde da família. *Estudos feministas*, 18(1), 205-220.

Peters, M. (2000) *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica.

Pitombeira, D. F., Barroso, R. E. C., Xavier, A. S., & Oliveira, P. R. S. (2016) Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(2), 280-291

Pope, c., & Mays, N., (2009) Métodos Qualitativos na Pesquisa em Saúde. In Pope, c., & Mays, N., (Org.), *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde*. (pp.11-21). Porto Alegre: Artmed.

Portelli, A. (2016) *História oral como arte da escuta*. São Paulo: Letra e Voz.

Poubel, P. F. (2015) Psicologia na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 4(2), 193-200.

Ramminger, T., & Nardi, H.C. (2008) Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 12(25), 339-346.

Ribeiro, M. A. T., Martins, M. H. M., & Lima, J. M. (2015). A pesquisa em base de dados: como fazer? In: Lang, C. E., Bernardes, J. S., Ribeiro, M. A. T., & Zanotti, S. V. (Org.). Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas. 1ed. Maceió: Editora da UFAL, v.15, 61-83.

Romagnoli, R. C. (2009) A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, 21(2), 166-173.

Rosa, A. M. T. (2005) Competências e Habilidades Em Psicologia Hospitalar. Dissertação de Mestrado em Psicologia. UFRS, Junho. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7430/000544292.pdf?sequence=1>

Sade, C., Ferraz, G. C., & Rocha, J. M. (2014) O *Ethos* da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.66-91). Porto Alegre: Sulina.

Sebastiani, R. W. Psicologia da saúde no brasil: 50 anos de história. Ago., 2003. Disponível em: www.crp09.org.br/NetManager/documentos/11-913.doc Acesso em: 17/07/2016

Silva, L. C. B. (2005) A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 17(1), 79-92.

Silva, L.C. B. (2012). Mudanças no campo da saúde e impactos para a psicologia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(4), 711-715.

Silva, T. T. (2001) A produção social da identidade e da diferença. In Silva, T. T., Hall, S., & Woodward, K. (Org.), *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. (pp. 73-132). Petrópolis: Editora Vozes.

Silva, T. T. (2002) Dr. Nietzsche o curriculista: com uma pequena ajuda do professor Deleuze. In Moreira, A.; Macedo, E. F. (Org.). *Currículo, práticas pedagógicas e identidades*. Porto: Porto editora. Artigo on-line disponível em: www.anped.org.br/reunioes. Acesso em: 18/06/2016.

Silva, T. T. (2007) *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica.

- Sobrosa, G. M. R. Et al. (2014) O desenvolvimento da psicologia da saúde a partir da construção da saúde pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 4-9, Jan.-Jun.
- Schöpke, R. (2004). Por *uma filosofia da diferença*: Gilles Deleuze, o pensador nômade. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Edusp.
- Spink, M. J. (2007). Pesquisando *no cotidiano*: recuperando memórias de pesquisa em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, 19(1), 34-41.
- Spink, M. J. (2010) Psicologia social e saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*. 12(1), 41-56.
- Tedesco, S. H., Sade, C., & Caliman, L. V. (2014) A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Org.), *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum* (Vol. 2, pp.92-127). Porto Alegre: Sulina.
- Tedesco, S. H. (2015) A ética da pesquisa e a perspectiva da cartografia: algumas considerações. In *Ver. Polis e Psique*, 5(2), 32-47.
- Teixeira, M. C. T. V., & Carneiro, L. R. R. (2012) Estado da arte sobre pesquisas em psicologia da saúde publicadas em periódicos científicos brasileiros de acesso aberto. In: GIOIA-MARTINS, D. F. (Org.). *Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional*. São Paulo: Vetor, p.213-240.
- Turato, E.R. (2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2002) *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Veiga, D. S. (2010) *A Psicologia como tecnologia de governo da subjetividade contemporânea*. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- Veiga-Neto, A. (2007) *Foucault e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica.

APÊNDICE 1

ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS NARRATIVAS

ENTREVISTA	QUESTÃO 1: "Quais discursos esse participante lança mão/ utiliza a fim de tornar-se sujeito do enunciado?" (Forma/ Dito)	QUESTÃO 2: "Como esse participante, a partir dos discursos utilizados, faz a experiência de si enquanto psicólogo@ da saúde?" (Forma/ Dito)
HOSPITAL 1		