

Noções de Saúde e de Cuidado: O olhar do psicólogo sobre a equipe de saúde

Health and Care concepts: The psychologist point of view about the health care team

Isabela Nunes Ananias Petroni

Juliana Monteiro Costa

Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Brenda Pinheiro Araújo

## RESUMO

O presente estudo é fruto de pesquisa de natureza qualitativa realizada com psicólogas e psicólogos que atuam em um hospital de referência na Região Metropolitana do Recife. Esta teve por objetivo investigar como compreendem a sua atuação no cuidado relacionado à equipe multiprofissional de saúde. Cinco entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com profissionais de psicologia hospitalar alocados em diferentes enfermarias. O conteúdo das entrevistas foi transcrito e analisado a partir da técnica de Análise Temática de Conteúdo segundo Minayo. Dois temas foram encontrados: Noções de Saúde e Cuidado; e Práticas de Cuidado Psi em Saúde. O cotidiano da equipe de saúde no hospital proporciona desgaste psíquico. Com isso, muitas vezes, estes profissionais recorrem ao psicólogo da equipe em que trabalha para receber o apoio e o suporte emocional necessários. A postura do psicólogo hospitalar diante da demanda da tríade equipe, paciente e família é realizada por meio da prática de cuidado psi, porém necessita ser embasada na ética profissional e nas diretrizes para atuação específica dentro deste contexto. Dessa forma, o estudo proporciona noções de Saúde e Cuidado de psicólogos inseridos no hospital, articulando com seus olhares diante das especificações da sua prática de cuidado com as pessoas inseridas nesse âmbito.

**Palavras-Chave:** Equipe de saúde; Psicólogo hospitalar; Cuidado.

## ABSTRACT

This study is qualitative research conducted with female and male psychologists who work in a referral hospital in the Metropolitan Area of Recife. This aimed to investigate how to understand their role in care related to multidisciplinary health team. Five semi-structured interviews were conducted with hospital psychologists professionals working in different wards. The content of the interviews was transcribed and analyzed from the Thematic

Analysis of Content technique from Minayo. Two themes were found: Health and Care Understanding; and Psi Care Practices in Health. The health team in everyday hospital provides psychological wear. With that, often, these professionals turn to the psychologist working in the same team to receive the emotional support needed. The posture of the hospital psychologist on the demand of the triad staff, patient and family is accomplished through careful practice psi, but needs to be grounded in professional ethics and guidelines for specific action within this context. Thus, the study provides Health and Care concepts from psychologists inserted in the hospital, articulating with their eyes on the specifications of their care practice with the persons in that scope.

**Keywords:** Health Care Team; Hospital psychologist; Care.

## Introdução

Segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde (1946), o conceito atual de saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (p. 1), ou seja, saúde não é somente a ausência de doença física, mas sim o bem-estar do indivíduo em todos esses âmbitos. Deste modo, uma pessoa para ser considerada saudável precisa estar em harmonia com os diversos contextos que a integram.

A Psicologia Hospitalar é uma área de produção científica e de prática profissional da Psicologia e, as contribuições que traz aos hospitais, vão além do crescimento e atuação do psicólogo em si, pois proporcionam um novo patamar de humanização em saúde. O psicólogo hospitalar se utiliza dos conhecimentos e técnicas psicológicas, além do olhar diferenciado, com o objetivo de fornecer uma melhor assistência ao paciente internado de forma holística, focando a busca pelo restabelecimento do estado de saúde e minimização dos sintomas desse sujeito (Castro & Bornholdt, 2004). Além de utilizar os já existentes conhecimentos psicológicos, a Psicologia Hospitalar diz também do desenvolvimento de teorias e técnicas específicas à atuação em hospitais, visando o auxílio ao paciente hospitalizado na elaboração do seu processo doença-internação-tratamento (Sebastiani & Maia, 2005).

Dessa forma, o psicólogo hospitalar nesse contexto e com esses objetivos, se encontra inserido em uma equipe multiprofissional de saúde. A equipe de saúde é composta por profissionais de diversas áreas científicas, como medicina, enfermagem, nutrição, entre outros, que lidam diretamente com o indivíduo hospitalizado. Tais profissionais de saúde possuem em mãos um papel que vai além do cuidado à queixa e à doença física do paciente. Antes, devido à complexidade dos cenários e à nova concepção de Saúde, há a necessidade de se trabalhar de forma integrada com outros profissionais da equipe, a fim de identificar as diversas demandas que o paciente possa ter e realizar um planejamento terapêutico adequado e humanizado (Fossi & Guareschi, 2004).

Logo, a atuação do psicólogo hospitalar junto a uma equipe multiprofissional visa o cuidado integrado, o que pode ser definido por, segundo Ismael e Santos (2013): “Uma atitude de escuta e ser acolhedor de modo integrado por aqueles profissionais que fazem parte da equipe como partes, mas que funcionam de modo complementar” (p. 3).

Segundo Campos (1995) “O ouvir e o sentir, assim como entender em profundidade o cliente é a tarefa primordial de todo profissional de saúde” (p. 61), ou seja, é um trabalho empático e que exige dos profissionais de saúde um volume de competências, tais como comunicação, resolução de problemas e trabalho em equipe. Assim, para que possa propiciar um cuidado de qualidade ao cliente, é preciso que ele, enquanto pessoa que está exposta diariamente a sofrimentos e angústias alheias, esteja atento e cuide da sua saúde, meta que se torna um desafio, como descreve Amaral, Moraes e Ostermann (2010): “Manter o equilíbrio para poder trabalhar diante de condições tão desafiantes demanda algum esforço e pode gerar um significativo desgaste nesse profissional” (p. 273).

Com isso, não raro, estes profissionais não conseguem alcançar esse estado de equilíbrio pessoal devido ao contato diário com pacientes e colegas de trabalho em sofrimento, além de longas horas inserido no contexto hospitalar. E é aqui onde se observam, em geral, os benefícios trazidos pela atuação do psicólogo hospitalar junto à equipes multiprofissionais de saúde.

É de domínio da atuação do psicólogo hospitalar, além da prática direcionada ao paciente internado, realizar práticas de cuidado psi com todos aqueles que têm influência e são influenciados por esse paciente. Ou seja, todos os que estão envolvidos no processo da internação, adoecimento e cuidados, a saber: a família do paciente e os profissionais de saúde que dele cuidam. Formando-se assim, a conhecida tríade de atuação da psicologia hospitalar, paciente-família-equipe (Chiattonne, 2002, citado por Ribeiro & Dacal, 2012).

O cuidado oferecido pelo psicólogo hospitalar aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde pode ser, pois, aqui apresentado como uma atitude de escuta e acolhimento das demandas destas as quais podem emergir de diferentes situações e contextos, como cita Mosimann e Lustosa (2011): “A Psicologia Hospitalar é o esclarecimento dos sentimentos do profissional de saúde que se envolve com a dor do paciente e que, igualmente, sofre em níveis orgânicos a dor desse envolvimento” (p. 219). Porém, é necessário explorar com mais profundidade o tema, com o intuito de equilibrar a prática de cuidado com os aspectos éticos da relação entre psicólogo e profissional da mesma equipe de saúde.

Deste modo, dentre todos os papéis do psicólogo hospitalar, um dos mais sutis, é o suporte oferecido ao profissional de saúde. Logo, frente à problemática aqui apresentada nos questionamos: como o psicólogo hospitalar compreende sua atuação no cuidado relacionado aos profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

## **Métodos**

Pesquisa de natureza qualitativa, realizada no período de junho de 2015 a setembro de 2016. A população do estudo foi composta por cinco profissionais de psicologia hospitalar de equipes multiprofissionais de saúde alocadas em diferentes enfermarias do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, de forma individual com cada participante. A entrevista possuía como objetivo compreender em profundidade como o psicólogo hospitalar compreende sua atuação de cuidado com os profissionais de sua equipe multiprofissional de saúde. Assim, os psicólogos hospitalares foram convidados a compartilhar suas experiências em psicologia hospitalar no que concerne às noções de Saúde e Cuidado e isto enfocando a atuação junto à

equipe multiprofissional de saúde. As entrevistas foram realizadas após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS), inscrita com o nº CCAE: 50781915.2.0000.5569. Os entrevistados assinaram e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A entrevista respondida pelos participantes iniciava-se com a seguinte pergunta disparadora: Como você compreende a sua atuação em psicologia hospitalar? Seguida por algumas questões norteadoras: 1. O que você compreende por saúde? 2. O que você compreende por cuidado? 3. Como estas noções de saúde e cuidado norteiam sua prática?

As entrevistas realizadas foram gravadas com o consentimento dos participantes e posteriormente transcritas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários, para que fosse possível realizar a análise dos dados e discussão de resultados. Cada participante foi identificado por nomes fictícios de modo a preservar o sigilo de sua participação. Os dados coletados foram analisados de acordo com a Análise Temática de Conteúdo de Minayo. De acordo com Turato (2003), a análise qualitativa do conteúdo das entrevistas, a partir da Análise Temática de Conteúdo de Minayo, conta com as seguintes fases: a. *leitura flutuante* para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; b. *seleção das unidades de análise*, a qual será norteadada pelos objetivos propostos pela pesquisa; c. *processo de categorização e sub-categorização* como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa. Os temas e as categorias do estudo foram articulados e discutidos à luz da Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar (Turato, 2003).

## **Resultados e Discussão**

Cinco profissionais de psicologia hospitalar, com idades variando entre 29 e 50 anos, sendo 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, participaram da pesquisa. O tempo de formação acadêmica variou entre 1 ano e 4 meses e 23 anos, assim como o tempo de trabalho na instituição hospitalar variou de 10 meses a 21 anos.

Os temas encontrados na pesquisa foram: 1) Noções de Saúde e Cuidado; e 2) Práticas de Cuidado Psi em Saúde. O primeiro descreve os conceitos e os articula com a importância de tais noções serem norteadoras na atuação profissional do psicólogo hospitalar. Já o segundo, traz especificações e variações do papel da psicologia hospitalar diante dos sujeitos inseridos nesse contexto, assim como destaca as possibilidades do cuidado psi ao profissional de saúde e os seus aspectos éticos.

### ***Noções de saúde e cuidado***

A noção de saúde não é uma verdade absoluta e imutável. Ela varia ao longo dos anos, cada vez mais, ampliando e aprimorando a sua conceituação em prol da melhor forma de descrever o bem-estar humano em sua plenitude. É difícil se chegar a um consenso na definição de saúde, pois esta vai sendo enxergada de forma diferente com o passar dos anos, devido às mudanças sociais e culturais (Batistella, 2007).

Quando o modelo biomédico era a predominante essência dos hospitais, o biológico e a cura eram supervalorizados, ou seja, o foco era a doença. Devido a isso, a conceituação de saúde era deixada em segundo plano, estando a sua definição sempre atrelada à doença, como a “ausência de doença” ou a “não-doença”. Havia uma objetividade e mecanicidade no modo de se tratar saúde, enfatizando o corpo orgânico e deixando o corpo subjetivo de lado (Batistella, 2007). Devido a isso, ao adentrar no hospital na década de 50, o psicólogo baseava



a sua prática ao redor do paradigma biomédico. Focava-se o diagnóstico, tratamento e cura (Amaral, Moraes & Ostermann, 2010).

Com a criação da Organização Mundial de Saúde – OMS após a Segunda Guerra Mundial, em 1948, ocorreu o ponto de partida inicial para que a saúde passasse a ter uma ideologia mais ampla e holística, pois foi divulgada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946), definição esta que perdura até os dias atuais. Apesar das críticas que esta conceituação recebeu, diante de um estado de bem-estar inalcançável, ela foi de grande importância ao ser a pioneira na implantação mundial do caráter subjetivo à definição de saúde (Batistella, 2007).

A partir disso, começa o longo processo de montar-se um novo paradigma sanitário, o denominado biopsicossocial, que destaca a produção social de saúde. Este modelo, que ainda está em processo de aprimoramento, enfatiza a integralidade do homem e a interdisciplinaridade dos saberes no modo de cuidar. A discussão sobre a humanização no fazer do profissional de saúde, inclusive do psicólogo, torna-se presente, assim como o cuidado vira a essência. Dessa forma, a saúde, atualmente, passa a englobar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Pereira, Barros & Augusto, 2011).

Assim, o psicólogo, enquanto profissional que atua em saúde no atual paradigma biopsicossocial, contribui com a sua atuação para a produção de noções mais amplas de saúde e cuidado. As falas dos participantes dessa pesquisa corroboram com a noção de saúde do atual modelo biopsicossocial, de que esta vai além do patológico e do somático:

“Eu acho que saúde é tudo, é física, espiritual, mental. Então pra mim, saúde é esse todo, essa coisa holística mesmo.” (Rosa, 48 anos, 23 anos de formação).

“Eu entendo como um equilíbrio de vários aspectos, assim, tem o equilíbrio emocional, tem a saúde física. Eu acho que mente e corpo

equilibrados, eu entendo que isso é saúde.” (Margarida, 29 anos, 1 ano e 4 meses de formação).

Dessa forma, o psicólogo hospitalar, enquanto profissional de saúde, possui a saúde como norte na sua prática de cuidado. Ou seja, a saúde é tanto causa, como finalidade, pois de acordo com o segundo princípio descrito no Código de Ética do Profissional Psicólogo (2014), a saúde é descrita como um dos objetivos de trabalho de qualquer profissional de psicologia: “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades (...)” (p. 7). Dessa forma, o envolvimento e adesão à promoção de saúde é uma das funções do psicólogo e isto se torna ainda mais evidente quando este está inserido em uma instituição hospitalar e em uma equipe multiprofissional de saúde.

Já o cuidado pode ser considerado, atualmente, como a essência da prática do psicólogo hospitalar, o qual é guiado pelo paradigma biopsicossocial, sendo este norteado pelo “cuidar”, em contrapartida ao antigo “tratar” (Pereira, Barros & Augusto, 2011). É um conceito que está completamente atrelado ao de saúde.

De acordo com Ismael e Santos (2013), citando Steiner (1978), o cuidado está relacionado à existência autêntica do ser humano e pode ser referido como “zelo” e “preocupação”. Ainda segundo as autoras, Steiner (1978) cita que o cuidado está relacionado à solicitude, sensibilidade, solidariedade e profissionalismo (p. 3). Segundo Weber (2009), citado por Ismael e Santos (2013), refere que “o cuidado é um modo de ser essencial e sempre presente” (p. 3). Com isso, as falas dos participantes dessa pesquisa estão em concordância às noções de cuidado citadas, como exemplificado nas falas de Tulipa e Rosa:

“É cuidar, estar disponível. Estar do lado para oferecer uma assistência e se colocar próximo àquela pessoa.” (Tulipa, 38 anos, 14 anos de formação).

“Eu acho que parte por tudo, por zelo, por atenção, por carinho. Eu acho uma doação, é você doar seu tempo, seu amor, sua atenção, seu

carinho. Se doar ao outro, eu acho que isso é o cuidado, em toda dimensão da palavra.” (Rosa, 48 anos, 23 anos de formação).

Assim, o profissional de saúde pode ser visto no papel de cuidador. Com relação a isso, Weber (2009), citado por Ismael e Santos (2013), diz ainda que “o paciente é o núcleo principal, o foco de cuidado e a equipe multidisciplinar é a célula que abraça este núcleo suprindo suas necessidades” (p. 3). Dessa forma, o psicólogo hospitalar, enquanto membro da equipe de saúde, tem o seu fazer atrelado à noção de cuidado. De acordo com Mutarelli (2015), a essência da atuação do psicólogo, que é tratar do sofrimento, pode ser interpretada como o cuidar, o cuidado ao sofrimento.

Porém, o cuidado não diz respeito somente à relação com o outro, pois ele também pode ser direcionado a si mesmo. Assim, uma das ramificações do cuidado foi abordada com muita frequência dentre os participantes entrevistados e, esta, é o autocuidado, como na fala de Margarida a seguir:

"Ou a você mesma né? Quando tem alguma coisa que eu faço pra mim, coisa simples, como por exemplo: "ah, escovei os dentes", isso é uma forma de cuidado que eu tenho comigo." (Margarida, 29 anos, 1 ano e 4 meses de formação).

O autocuidado foi, inclusive, por muitas vezes, atrelado ao conceito geral de cuidado e destacado como agente crucial na qualidade de vida do próprio profissional de psicologia, o que repercute diretamente na sua atuação no cuidado com os pacientes. Amaral et. al. (2010) discutem sobre a importância de os profissionais de saúde também se colocarem como protagonistas no cuidado, ou seja, que possam olhar para si mesmos antes de tudo, valorizando o autocuidado. Foi destacado ainda a influência que o autocuidado possui no cuidado oferecido ao outro (Amaral et. al., 2010). Assim como as autoras mesmo refletem: “Como discutir o autocuidado sem olhar para si? Como oferecer ao outro aquilo que não se tem?” (p.279), está explícito nas falas de Lírio e Tulipa abaixo:

"Também o autocuidado. Não esquecer de você mesmo, você tem que se cuidar para poder estar bem e dar o seu melhor para o paciente, para os familiares." (Lírio, 50 anos, 22 anos de formação).

"Até mesmo de si mesmo né? A gente tem que ter o cuidado com o outro, mas também com a gente mesmo." (Tulipa, 38 anos, 14 anos de formação).

Em suma, os conceitos de saúde e cuidado quando norteiam, juntos, a prática do psicólogo hospitalar, proporcionam um diferencial na qualidade da assistência. Tais noções podem ser exemplificadas na fala de Camélia:

“É fundamental pra qualquer profissional, não só da área de saúde, mas de algumas outras, ter essa questão do cuidado, como é importante pra essa relação, e entender o que é saúde e como essa saúde pode ser tratada dentro do contexto que você está inserido.” (Camélia, 39 anos, 9 anos de formação).

Assim, uma importante função do psicólogo inserido no hospital é a promoção de saúde, pois a ética do cuidado é promotora de saúde e o psicólogo hospitalar se fundamenta pelo “cuidar”. Com isso, os fundamentos do cuidado são seguidos pelo psicólogo hospitalar, e para isso, ele promove e atua em prol da saúde, pois as noções de saúde e cuidado são inseparáveis e seu norte (Mutarelli, 2015).

### ***Práticas de cuidado Psi em saúde***

#### ***A prática de cuidado com o paciente***

A prática de cuidado do psicólogo no suporte ao paciente adoecido é o seu papel mais destacado quando inserido em uma instituição hospitalar. É a característica primeira do psicólogo hospitalar o auxílio na minimização do sofrimento do paciente que está internado, buscando estratégias para que o sujeito possa compor aquele internamento na sua história da melhor forma possível (Mutarelli, 2015).

Com isso, mesmo que de forma indireta, o psicólogo atua com objetivo de auxiliar o paciente internado a elaborar e refletir sobre as repercussões do seu adoecimento para a sua vida, assim como para estimulá-lo a manter-se em contato com quem ele de fato é, já que a hospitalização pode trazer traços de despersonalização aos pacientes adoecidos (Mutarelli, 2015). É a função que surge como prioridade na atuação do psicólogo desde a sua entrada na instituição hospitalar e da mesma forma, é o ponto inicial a ser abordado pelos participantes desse estudo, como cita Tulipa:

“Eu compreendo que o psicólogo está inserido no hospital para tentar minimizar um pouco do sofrimento que aquela pessoa se encontra.” (Tulipa, 38 anos, 14 anos de formação).

Atualmente, contudo, observa-se que nas falas dos participantes da presente pesquisa o paciente não foi tratado como alguém isolado do seu contexto e meio, ou seja, o foco no suporte ao sofrimento do paciente enquanto pessoa em sofrimento abarca o suporte ao sofrimento das pessoas que o entornam. Afinal, as pessoas que o cercam têm total influência na sua saúde mental e papel crucial na sua recuperação (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013). Tal ideia é descrita na fala de Camélia:

“A atuação do psicólogo visa promover uma qualidade de vida emocional, psíquica, para esse sujeito que se encontra adoecido e para todo entorno dele, no caso a família, os acompanhantes, aquelas pessoas que tão próximas.” (Camélia, 39 anos, 9 anos de formação).

Ou seja, de acordo com Saldanha et. al. (2013), destaca-se que para uma qualidade no bem-estar emocional do paciente internado é necessário o cuidado integral, incluindo-se aqui o bem estar psicológico, de todos aqueles que estão envolvidos no seu processo de adoecimento, como acompanhantes e familiares.

### ***A prática de cuidado com a família***

Quando mencionado anteriormente o cuidado do psicólogo hospitalar diante do paciente “adoecido”, foi com o propósito de enfatizar que os acompanhantes desse paciente, entende-se: familiares, amigos, vizinhos, entre outros, também se tornam pacientes para a psicologia, afinal, o sujeito internado não está isolado do mundo externo e da sua história de vida (Saldanha et. al., 2013).

Além disso, os familiares implicados no internamento e tratamento do paciente que se encontra doente também carregam em si uma grande gama de sofrimento diante, tanto da preocupação com a saúde e bem-estar do seu familiar, quanto do desconforto e mudança na rotina que é estar inserido em um hospital. Afinal, o acompanhante, mesmo não possuindo a doença, está hospitalizado e institucionalizado, tornando-se um paciente que também pode ser beneficiado pela psicologia (Saldanha et. al., 2013), como destaca a fala de Tulipa:

“A família também passa a ser um paciente quando está inserido dentro do contexto hospitalar. O paciente em si não vem só, vem sempre acompanhado de alguém, então, a compreensão desse momento que se vive tem que ser nesse conjunto.” (Tulipa, 38 anos, 14 anos de formação).

Com isso, o psicólogo hospitalar deve considerar e praticar o cuidado com os familiares simultaneamente com o paciente internado, pois ocorre uma reorganização e um abalo na dinâmica familiar desses sujeitos, gerando angústia a todos os membros envolvidos. De acordo com Saldanha et. al. (2013), “a função de apoio e base para o familiar hospitalizado também gera desgaste físico e emocional, fazendo com que em algumas situações, os outros membros cuidadores do doente necessitem de atendimento psicológico” (p. 189). Ainda para as autoras, é possível equiparar o nível de angústia da família com o nível de angústia do paciente, diante do processo de adoecimento, enfatizando que a família sofre tanto quanto o paciente no período de internamento, porém, por causas e de formas diferentes (p.188). Em concordância, nas falas dos participantes dessa pesquisa, a família é

frequentemente destacada como parte crucial do processo de cuidado que o psicólogo exerce no âmbito hospitalar, como exemplificado em Lírio:

“A gente trabalha não só com o paciente em si, mas também com os familiares.” (Lírio, 50 anos, 22 anos de formação).

Ainda sobre o tema, Romano (1999) destaca os riscos que o familiar corre estando inserido no contexto hospitalar, como mudanças no comportamento devido à readaptação à nova rotina e uma ênfase para o risco físico que também ocorre, como contrair doenças pela exposição hospitalar (p. 74). Além disso, a autora diz que deve ser levado em consideração que uma família é um grupo que, quando perde o seu equilíbrio por causa de um de seus membros, todo o resto também sofre consequências, físicas e emocionais, como seus papéis e seus canais de comunicação. Assim, sobre o tema, Romano (1999) refere que “paciente “incapacitado” (mesmo que temporariamente) é igual à família incapacitada, ainda que disponha de potencial interno para reorganizar-se rapidamente” (p. 74).

Portanto, o paciente, que também é a família da pessoa adoecida, pode ser bastante beneficiado pelo apoio que a psicologia pode oferecer nesse momento de desorganização, existindo a possibilidade de ser, tanto individualmente, quanto participando de grupos de apoio. Sobre isso, Romano (1999) discorre ainda sobre o fato de que o familiar, quando inserido em um grupo de apoio para acompanhantes, pode ter os seus níveis de ansiedade reduzidos e pode adquirir uma sensação de identificação, que não é o único passando por essa situação e, assim, torna-se terapêutico (pp. 75-76). Há também a possibilidade de um membro da equipe de saúde participar do grupo, o que pode gerar lucros para o profissional em questão de proximidade com as famílias e autoreflexão da sua prática (Romano, 1999).

### ***A prática de cuidado com a equipe multiprofissional de saúde***

O trabalho de um profissional de saúde em hospitais traz a exposição diária a um montante de sofrimentos. De acordo com Amaral *et. al.* (2010), tais sofrimentos podem ser exemplificados como: a proximidade da morte, que pode gerar angústia ao ser uma constante lembrança da sua própria finitude, além da convivência com doenças, dores, perdas, sofrimentos e angústias alheias, provocando nesse profissional desgaste emocional e intensificação na elaboração da sua própria existência. Ou seja, como as autoras Amaral *et. al.* (2010) ainda citam: “O paciente acaba refletindo no profissional a sua própria vulnerabilidade e mortalidade” (p. 274). Além disso, estes se encontram muito tempo de suas vidas inseridos nesse contexto devido a longas horas de trabalho e plantões.

Devido a isso, não só pacientes e familiares, mas a equipe de saúde também possui suas próprias demandas psicológicas, necessitando de um lugar de acolhimento no ambiente hospitalar, principalmente a partir do momento em que esse alto nível de estresse pode afetar também o seu desempenho profissional (Amaral *et. al.*, 2010). Dessa forma, as autoras questionam sobre a inexistência de um espaço estruturado para o cuidado aos cuidadores, ou seja, um espaço em que a equipe multiprofissional de saúde possa trabalhar o seu sofrimento a partir da expressão livre, espaço este, que pudesse ser proporcionado pela própria instituição hospitalar.

Então, diante do sofrimento dos profissionais de saúde, surge a reflexão acerca do papel da psicologia na prática de cuidado a estes. O cuidado da psicologia hospitalar pode trazer importantes benefícios, não só para paciente e familiares, mas também à equipe de saúde, como já amplamente discutido na literatura enquanto a atuação do psicólogo diante da tríade paciente-família-equipe dentro do hospital (Ribeiro & Dacal, 2012). Sobre o tema, Ribeiro e Dacal (2012), citando Simoneti (2004), ainda referem: “O objeto de trabalho da psicologia hospitalar não se limita à dor do paciente, mas inclui a angústia declarada da



família e a angústia disfarçada, e geralmente negada, da equipe de saúde” (p.78). A fala de Margarida também enfatiza tal aspecto:

“A gente atende, tanto paciente, quanto a família, quanto acompanha a equipe também.” (Margarida, 29 anos, 1 ano e 4 meses de formação).

Porém, ao contrário do cuidado ao paciente adoecido e à família, raramente especifica-se qual a melhor forma de manejo no cuidado ao profissional da equipe multiprofissional de saúde. Quais os limites da prática de cuidado psi à equipe de saúde, quando este vem por meio do psicólogo inserido na mesma equipe? O que se quer refletir é se, ao também ser membro da equipe de saúde, o psicólogo hospitalar estaria dentro dos aspectos éticos adequados ao realizar práticas de cuidado aos profissionais da equipe de saúde. Para que esse questionamento se torne uma afirmação, é preciso que as funções do psicólogo hospitalar estejam bem claras. Segundo Chiattonne (2000, citado por Castro & Bornholdt, 2004), por vezes, o hospital possui dúvidas em relação ao que esperar do psicólogo, assim como este tem dúvidas sobre suas próprias tarefas e papéis a exercer dentro da instituição hospitalar.

Inicialmente, é inegável a evidente existência da prática de cuidado da psicologia hospitalar diante da equipe devido à demanda emocional desses sujeitos, já sendo tal tema bastante abordado na literatura. Angerami-Camon (2002, citado por Almeida & Malagris, 2011), aponta que o psicólogo deve trabalhar a favor do fluxo das emoções e reflexões dos profissionais de saúde diante das angústias diárias e detectar os focos de estresse, assim como, por meio do seu olhar mais sensível, sinalizar para estes se algum mecanismo pessoal de defesa está sendo prejudicial (p. 198).

De modo semelhante, Fossi e Guareschi (2004) enfatizam que o profissional de psicologia inserido em equipes multiprofissionais possuem funções mais abrangentes do que somente o atendimento clínico aos usuários do serviço hospitalar, pois também possibilita qualidade no bem-estar emocional dos profissionais de saúde (p. 34).

Apesar da grande importância em o psicólogo se manter disponível e sensível à demanda emocional da equipe multiprofissional de saúde, muito se tem a discutir a respeito dos aspectos éticos dessa prática de cuidado. Um psicólogo hospitalar que tem o seu cargo inserido dentro de uma equipe interdisciplinar trabalha junto aos outros membros da equipe, com o objetivo de trabalhar em conjunto para enxergar o paciente de forma holística. Diante disso, fica claro que o psicólogo, tanto quanto o enfermeiro, o médico, o nutricionista, entre outros, é membro da equipe e trabalha constantemente com esses profissionais, os tornando “colegas de trabalho”. São profissionais que estão lado a lado diariamente, muitas vezes, durante longos anos, e que podem ou não manter laços afetivos de amizade entre si, tanto no ambiente de trabalho, quanto fora da instituição hospitalar.

A partir do momento que laços de amizade se constroem entre os profissionais da equipe multiprofissional de saúde e o psicólogo, não há possibilidade de se manter um relacionamento profissional de vínculo terapêutico dentro da ética psicológica. Foi possível observar que os participantes da pesquisa com mais anos de formação profissional e inserção na mesma equipe de saúde, foram os que mais enfatizaram os aspectos da relação afetiva, como exemplificado na fala de Rosa, entrevistada que possui 21 anos de inserção na mesma equipe multiprofissional de saúde:

“São as pessoas que você mais convive, porque você tá aqui o dia todo, então não tem como você dá um suporte profissional pra essas pessoas que são suas amigas.” (Rosa, 48 anos, 23 anos de formação).

De igual modo, mesmo quando laços afetivos não são criados entre o psicólogo e um membro da equipe que procura a ajuda da psicologia, existe uma relação entre eles que extrapola a aceita pelos aspectos éticos de um relacionamento terapeuta-cliente. De acordo com o Art. 2º do Código de Ética do Profissional Psicólogo (2014), em que discorre sobre as situações que são vedadas ao psicólogo, é vedado: “Estabelecer com a pessoa atendida,

familiar ou terceiro, que tenha vínculo com o atendido, relação que possa interferir negativamente nos objetivos do serviço prestado” (p. 10). Dessa forma, o contrato terapêutico da psicologia perde valor para a realização de atendimentos psicológicos com os profissionais de saúde da mesma equipe, principalmente pelo vínculo de amizade ter sido criado, muitas vezes, anteriormente à necessidade do suporte psicológico, assim como pode ser criado posteriormente. Tal ideia corrobora com a fala da participante a seguir:

“Eu acho que até junto da equipe, dando esse suporte também, não em um atendimento a essa equipe, mas eu acho que facilitando essa compreensão para essa equipe desse paciente.” (Rosa, 48 anos, 23 anos de formação).

Fica evidente nas falas descritas acima que a prática de cuidado ao profissional da equipe de saúde não é descartada e nem desconsiderada. O que ocorre é que há possibilidade de se praticar diferentes modalidades de cuidado da psicologia, que não a ação psicoterápica. A grande questão é que, assim como a subjetividade é complexa, a qual é o objeto de trabalho da psicologia, o papel de cuidado ao profissional de saúde no hospital também é complexo. O psicólogo hospitalar não deve ignorar a demanda e se negar a prestar um acolhimento inicial, porém não é de boa índole continuar atendendo esse sujeito ao longo do tempo. Contudo, é possível tomar outras providências que corroborem ao cuidar psicológico, como realizar: encaminhamentos, escuta inicial de apoio, acolhimento inicial, sugerir tratamentos, etc. Com tal aspecto, concordam as falas da participante a seguir:

“Eu procuro deixar claro para a equipe que, assim, eu posso ter o espaço da escuta inicial e a partir dessa escuta inicial, encaminhar à necessidade que aparecer no momento.” (Camélia, 39 anos, 9 anos de formação).

Dessa forma, existem outras formas sutis de cuidado à equipe, como também pode ser exemplificada a facilitação à comunicação e aos relacionamentos interpessoais com a implantação do olhar humanizado ao hospital.

O olhar diferenciado do psicólogo à subjetividade do paciente tem a importância de agregar à equipe multiprofissional de saúde uma sensibilidade na forma de enxergar esse sujeito, para além da doença orgânica. Ele acrescenta ao ambiente hospitalar a singularidade psíquica de cada paciente, com o objetivo de ampliar o olhar dos demais profissionais que se guiam pela prioridade física da doença, prioridade esta, que é seguida devido à função que exercem e decisões que precisam tomar. Ao agregar tal noção de subjetividade ao hospital, o psicólogo hospitalar acaba se tornando um facilitador na comunicação das relações interpessoais dos personagens inseridos nesse cenário. Segundo Mutarelli (2015), “o psicólogo seria o tecelão, que deve juntar as linhas tecidas pela equipe e a trama da história do paciente, tecendo um novo lugar em que a história do paciente caiba no seu tratamento e na instituição de saúde” (p. 175). Dessa forma, o psicólogo torna-se um mediador na relação paciente-família-equipe, tanto de forma indireta, agregando noções psi ao hospital, quanto direta, enquanto tradutor, esclarecedor e clareador de ideias. Tais afirmações corroboram com as falas dos participantes a seguir:

"A psicologia hospitalar existe pra manejar aquilo que a gente vê na enfermaria e também ajuda no manejo da comunicação entre eles." (Margarida, 29 anos, 1 ano e 4 meses de formação).

"É um facilitador nessa comunicação do paciente com a equipe, às vezes funciona muito nesse sentido." (Camélia, 39 anos, 9 anos de formação).

De modo semelhante, discorrendo sobre a tríade paciente-família-equipe, Simoneti (2004, citado por Ribeiro & Dacal, 2012) afirma que “a prática do psicólogo no contexto hospitalar contempla, sobretudo, as relações entre tais sujeitos e a construção coletiva do conjunto de sentidos acerca da doença” (p. 78). Da mesma forma, Mosimann e Lustosa (2011), citando ainda Simoneti (2004), chamam tal prática de “verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos”

(p. 221). Com isso, o psicólogo exerce, mais uma vez, o seu papel de cuidado diante dos diversos sujeitos inseridos no hospital, porém, fica evidente um cuidado mais amplo e abstrato, mas que interfere positivamente de forma direta nessas pessoas: o cuidado psi na comunicação.

Da mesma forma, o Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2010), ao descrever as atribuições do psicólogo hospitalar, acentua ainda o papel mediador do psicólogo na relação entre os próprios pacientes internados, situação muito comum nos hospitais com enfermarias que contém diversos leitos juntos: “Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo” (pp. 21-22).

A prática de cuidado do psicólogo frente à circulação de informações dentre os sujeitos inseridos no hospital, para que esta ocorra da forma mais harmônica e equilibrada possível, demonstra novamente uma preocupação da psicologia hospitalar em também ser sensível às necessidades da equipe multiprofissional de saúde. É outra possibilidade de utilização da psicologia à favor da equipe, dentro dos padrões éticos e com grande eficácia.

### **Considerações Finais**

Conclui-se que o psicólogo hospitalar tem a sua prática apoiada no conceito e na busca pela saúde, através da ética do cuidado, a qual é a sua essência de atuação. Ao estar inserido na instituição hospitalar, possui funções mais amplas do que somente a prática de atendimento ao paciente internado, ou seja, o seu papel enquanto profissional de saúde pertencente a uma equipe multiprofissional abrange práticas de cuidado que vão além do clássico

acompanhamento paciente-terapeuta. Essas práticas são classificadas como diferentes possibilidades de modalidades de cuidado.

As práticas de cuidado psi no hospital contém o olhar humanizado diante do paciente que se encontra adoecido, dos familiares desse paciente e da equipe multiprofissional de saúde, como já amplamente discutido na literatura. Com isso, a psicologia inserida no hospital trabalha com todos aqueles que entornam o adoecimento, formando a tríade paciente-família-equipe. Porém, pouco se discute sobre as especificidades do cuidado do psicólogo hospitalar com os profissionais de saúde e quais as suas possibilidades, e para isso, as funções do psicólogo hospitalar devem estar claras para este e para o hospital.

O cuidado direcionado à equipe de saúde se baseia no fato de que esses sujeitos estão diariamente expostos a uma grande quantidade de sofrimento alheio, relacionado à doença, à dor e à morte, assim como exercendo longas e exaustivas horas de trabalho. Tal exposição gera no próprio profissional uma demanda emocional devido ao constante contato com conteúdos que intensificam a elaboração da sua existência e proximidade com a sua própria morte, além de conteúdos pessoais advindos de fora do contexto hospitalar. Dessa forma, enquanto profissional com o olhar diferenciado no contexto hospitalar, o psicólogo tem possibilidade de utilizar a sua ciência e técnica no cuidado e na facilitação das relações interpessoais da equipe de saúde.

Recomenda-se que mais estudos sobre as especificações das práticas de cuidado do psicólogo hospitalar sejam realizadas, enfatizando-se o cuidado ao profissional da equipe multiprofissional de saúde. Tal tema é ainda pouco discutido na literatura e o seu aprofundamento pode auxiliar os profissionais de psicologia hospitalar a terem embasamento teórico para lidarem com a demanda emocional desses sujeitos de uma forma a equilibrar a ética do cuidado e a ética profissional. Assim como, destaca-se a importância do autocuidado do profissional psicólogo, pois este permanece completamente imerso na responsabilidade de

cuidado diante de todos os sujeitos inseridos no contexto hospitalar, muitas vezes, esquecendo que, tão importante quanto fornecer o cuidado, é crucial receber este para a manutenção do equilíbrio emocional.

### Referências Bibliográficas

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde [Versão eletrônica], *Rev. SBPH*, 14(2), 183-202.

Amaral, R. A., Moraes, C. W., & Ostermann, G. T. (2010). Cuidando do cuidador: grupo de funcionários no Hospital Geral [Versão eletrônica], *Rev. SBPH*, 13(2), 270-281.

Angerami-Camon, V. A. (2009). Psicologia hospitalar: pioneirismo e as pioneiras. In: *O doente, a psicologia e o hospital*. (3ª ed., Cap. 1, pp. 1-29). São Paulo: Pioneira.

Batistella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: *O Território e o Processo Saúde-Doença*. (1ª ed., pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Boff, L. (2013). *Saber Cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra*. (19ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. (5ª ed.) São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional [Versão eletrônica], *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Recuperado em 23 de julho, 2016, de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

CFP - Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Resolução 13/2007*. Recuperado em 20 de julho, 2016, de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007\\_13.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007_13.pdf)

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares [Versão eletrônica]. *Rev. SBPH*, 7(1), 29-43.

Ismael, S. M. C., & Santos, J. X. A. (2013). *Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento... Articulando conceitos com a Prática Clínica*. (1ª ed.). São Paulo: Editora Atheneu.

Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A psicologia hospitalar e o hospital [Versão eletrônica]. *Rev. SBPH*, 14(1), 200-232.

Mutarelli, A. (2015). O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde [Versão eletrônica], *Rev. SBPH*, 18(1), 173-188.

Pereira, T. T. S. O., Barros, M. N. S., & Augusto, M. C. N. A. (2011). O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco [Versão eletrônica], *Mental*, 9(17), 523-536.

Ribeiro, J. C. S., & Dacal, M. D. P. O. (2012). A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da saúde pública: notas para reflexão [Versão eletrônica], *Rev. SBPH*, 15(2), 65-84.

Romano, B. W. (1999). A família vem ao hospital com seu papel no processo do adoecer. In: *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. (4ª ed., Cap. 4, pp. 71-77). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Saldanha, S. V., Rosa, A. B., & Cruz, L. R. (2013). O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz [Versão eletrônica], *Rev. SBPH*, 16(1), 185-198.



Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde–hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir. Bras.*, 20(1), 50-55. Recuperado em 6 de agosto, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf>

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (2<sup>a</sup> ed.). Petrópolis: Vozes.

## **Normas de Publicação para a Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH:**

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: Publication Manual of the American Psychological Association (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte [Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA](#). Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se [Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide](#) (for the 5th edition of the APA Manual).

### **2) FORMATAÇÃO**

#### a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.
- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.
- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

#### b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

f) alinhamento: esquerda

g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

h) Numeração das páginas: no canto direito superior

i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.

j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto

(ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

### 3) ELEMENTOS DO TRABALHO

a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da [Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia](#). O resumo em inglês (*abstract*) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. **Rev. SBPH** tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do *abstract*, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O *abstract* deve ser seguido das *keywords* (versão em inglês das palavras-chave).

c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras **Figura**, **Tabela**, **Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, *Itálicos* e **Negritos**: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

#### **Exemplos de citações no corpo do manuscrito:**

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American

Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlink, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de **Referências Bibliográficas** todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

**Citações diretas com menos de 40 palavras** devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

**Atenção:** Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

#### d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as **normas da APA** (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de **referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a)**, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

#### Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.

- Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

- Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Maia, M. V. M., & Pinheiro, N. N. B. (2008, maio) Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos: reflexões sobre sonhos e atos agressivos na adolescência. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, 5(1). Recuperado em 12 de novembro, 2013, de [www.fundamentalpsychopathology.org](http://www.fundamentalpsychopathology.org)

- Livros

Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capítulo de livro

Albert, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. In S. Albert & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (PP. 83-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Obra antiga reeditada em data posterior

Nietzsche, F. W. (2006). *Introdução à tragédia de Sófocles*. Rio de Janeiro: Editora Jorge

Zahar. (Trabalho original publicado em 1870)

- Trabalhos inseridos em coletânea de obras de um autor

Freud, S. (1969a). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). O ego e o id. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.19, pp. 15-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Autoria institucional

Ministério da Saúde (2012). *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília, DF: Editora MS.

- Trabalho publicado em anais, resumos, e outras publicações de eventos

Dunker, C. I. L. (2006) Elementos para uma Metapsicologia do Corpo. *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*: Belém, PA. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

- Teses ou dissertações

Nogueira, L. C. (1972). *Contribuição ao estudo do inconsciente freudiano*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Documentos legislativos

Lei n. 10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

#### e) Anexos

Devem ser evitados sempre que possível, e acrescentados somente se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

#### f) Notas de rodapé

Devem ser evitados sempre que possível, no entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

### g) Tabelas

Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

### h) Figuras

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

**ATENÇÃO:** Todo o processo editorial da Rev. SBPH é feito eletronicamente no site <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelo Editor-chefe.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO

Os manuscritos recebidos eletronicamente em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/> que estiverem de acordo com as normas da revista e que forem considerados como potencialmente publicáveis por **Rev. SBPH** serão encaminhados pelo Editor-chefe para a Comissão Editorial, que fará o encaminhamento para o Conselho Editorial ou para os avaliadores *ad hoc*.

Os avaliadores *ad hoc* poderão recomendar à editora-chefe a aceitação sem modificações, aceitação condicional a modificações recomendadas ou a rejeição do manuscrito, com as devidas justificativas. A identidade dos avaliadores não será informada aos autores dos manuscritos. Os autores terão acesso às cópias dos pareceres dos avaliadores *ad hoc*, que conterão as justificativas para a decisão do avaliador. O texto encaminhado aos avaliadores não terá identificação da autoria.

Versões reformuladas serão apreciadas pelo Comissão Editorial e pelo Conselho Editorial, que podem solicitar tantas mudanças quantas forem necessárias para a aceitação final do texto. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre do Editor-Chefe. A identidade dos autores poderá ser informada ao Comissão Editorial.

O Comissão Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar seu processo de publicação. Casos específicos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

Os autores poderão acompanhar todas as etapas do processo editorial via internet.

No último número de cada ano da revista serão publicados os nomes dos avaliadores ad hoc que realizaram a seleção dos artigos daquele ano, sem especificar quais textos foram analisados individualmente.

Antes de enviar os manuscritos para publicação eletrônica, a Editora-Chefe enviará uma prova para a revisão dos autores. Esta revisão deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revista. Caso os autores não devolvam indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.