

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOSPITALAR: “A ÚLTIMA QUIMIO”

BARBOSA, Camila Arruda da Silva¹; TRICOLI, Taian Felipe Pinto Puzoni².

<https://doi.org/10.60035/1678-0795.momentum-v1n22-518>

RESUMO

Este artigo relata a experiência de um estágio eletivo obrigatório em Psicologia da Saúde e Hospitalar de uma instituição privada de saúde, denominada como hospital geral. Este ocorreu durante o ano de 2023 (1º e 2º semestres), às terças-feiras, com 2 horas cada atendimento. Os setores visitados foram UTIs, enfermarias e em especial a Oncologia, mas especificamente no contexto de tratamento quimioterápico, no qual foi ressignificada a temática “morte”. Diante disto, os resultados foram notáveis com pacientes que estavam em tratamento, suas percepções sobre a doença e o temido câncer passaram do âmbito negativo para uma visão multifacetada. Sendo a equipe multidisciplinar alcançada, fez-se com que, conseqüentemente, o ambiente que se mostrava de possível sofrimento se tornasse um ambiente acolhedor e facilitador.

Palavras-chave: Psicologia da saúde e hospitalar; Psico-oncologia; morte e finitude.

ABSTRACT

This article refers to the experience of a mandatory elective internship in Health and Hospital Psychology at a private health institution, known as a general hospital. This internship took place during the year 2023 (1st and 2nd semesters) on Tuesdays with 2 hours each session. The sectors served were ICUs, wards and especially Oncology, but specifically, in the context of chemotherapy treatment, in which the theme of “death” was reinterpreted. Given this, the results were remarkable, with patients who were undergoing treatment, their perceptions of the disease and the feared cancer changed from a negative perspective to a multifaceted view. The multidisciplinary team was reached, consequently making the environment that seemed to be one of possible suffering become a welcoming and facilitating environment.

Keywords: Health and Hospital Psychology; Psycho-Oncology; death.

¹ Psicóloga, Graduação em Gestão de Recursos Humanos pela UNIFAAT; Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Europeia de Lisboa, em Portugal.

² Psicólogo, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela UNIFAAT, Especialista em Docência do Ensino Superior pelo Centro Universitário São Camilo, Coordenador Adjunto do Curso de Psicologia, Monitor Técnico do Núcleo de Treinamento em Avaliação Psicológica e Docente de Psicologia pela UNIFAAT.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta a experiência no Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar, que teve como objetivo observar a integração da teoria e da prática dentro de um contexto hospitalar, visto que as atividades práticas são importantes meios e mediadores para a formação interventiva, analítica e intelectual, que tem como proposta capacitar o profissional para a realização de intervenções psicológicas, em um contexto de Hospital Geral. Chiattonne (2000) pontua que o psicólogo inserido no contexto hospitalar necessita desenvolver múltiplas competências, dentre as quais, destaca-se a prática profissional, a integração com a equipe multi/interdisciplinar.

Neste estágio foram realizados procedimentos investigativo-interventivos, em uma instituição privada de saúde da cidade de Atibaia, denominado um hospital geral. Foram visitados amplos setores, como UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo), pediatria, maternidade, setores de internação e enfermaria. Contudo, perdurou-se o olhar individualizado para o setor de Quimioterapia, um setor de sofrimento notável, com a morte iminente, e com a perceptível necessidade da presença da Psico-Oncologia. Para Bearison; Mulhern (1994), a Psico-Oncologia vem se constituindo como uma ferramenta indispensável, a fim de promoção de condições de qualidade de vida e bem-estar do paciente, contribuindo para o processo de enfrentamento de procedimentos invasivos e eventos estressantes quanto ao tratamento da doença, evitando alterações de comportamentos e riscos de recidiva. Partindo disto, a temática e campo da psicologia se tornou alvo de estudo investigativo-interventivo.

Concomitantemente, a realização das investigações-intervenções numa instituição hospitalar possibilitou à estagiária não apenas a vivência da prática da atenção secundária e terciária da saúde, mas um maior conhecimento de uma das áreas de atuação da Psicologia. Através disto, internalizou-se, de forma dual, a prática da psicologia hospitalar, em conjunto com o olhar da psicanálise. A hospitalização caracteriza-se, de certa forma, como uma maior proximidade com a dor e/ou sofrimento físico, emocional e psicológico, o que contribui para um contato do paciente com a sua subjetividade, propiciando a escuta do inconsciente (Costa, 1989). Abarcando-se a isto, se o profissional se colocar na posição de desejar escutar, ainda que a busca principal seja da cura da enfermidade inscrita no corpo biológico, tudo que é do inconsciente, pode se manifestar auxiliado em uma possível melhora do paciente – a práxis psicanalítica no hospital pode se dar desde o pronto-socorro, passando pelas unidades hospitalares, seja nas enfermarias ou hospital-dia, nas salas de espera, tratamentos ou nos procedimentos cirúrgicos –, portanto, na prática hospitalar, a ética do ato analítico pode manter

sua eficácia mesmo submetendo o dispositivo analítico a transformações, tais como urgências e situações adversas.

Contudo, o estágio teve como proposta, durante um ano de duração, uma maior reflexão do contexto e significação do que é a morte para pacientes com câncer. Portanto, este trabalho irá contextualizar a notável dinâmica da complexidade do tema, dentro do contexto hospitalar. Em conjunto, também irá ser evidenciada e intensificada a temática da necessidade do psicólogo hospitalar, em um cenário de atenção secundária e terciária da saúde, adentrando-se a todos os setores da instituição, para que sejam identificadas repercussões psicológicas decorrentes do processo de adoecimento e consequente hospitalização, em que possam ser alcançadas estratégias para minimizar as alterações psíquicas e, por conseguinte, compreender a experiência da pessoa doente.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A base epistemológica deste trabalho teve como principal referencial a Psicologia da Saúde e Hospitalar. A Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar são subdisciplinas da psicologia que, embora inter-relacionadas, possuem focos distintos. A Psicologia da Saúde preocupa-se com a promoção e manutenção da saúde, a prevenção de doenças e a compreensão dos fatores psicológicos que influenciam o bem-estar. Seu campo de atuação é amplo, abrangendo a promoção de estilos de vida saudáveis e a intervenção em comportamentos de risco. Em contraste, a Psicologia Hospitalar concentra-se na aplicação de princípios psicológicos no contexto hospitalar. Visa fornecer suporte psicológico a pacientes internados e suas famílias, facilitando a adaptação ao processo de hospitalização e tratamento. Além disso, colabora com equipes multidisciplinares para manejar questões emocionais decorrentes da hospitalização. A diferença principal entre as duas áreas está no contexto de atuação: a Psicologia da Saúde tem um enfoque preventivo e comunitário, enquanto a Psicologia Hospitalar foca no ambiente hospitalar e nas demandas emergentes do paciente internado (Romano, 1999).

Em conluio, este trabalho teve como enfoque a Psico-Oncologia, que se baseia em uma subespecialidade da psicologia que se dedica ao estudo e à intervenção das dimensões psicológicas, emocionais e sociais associadas ao câncer. Esta disciplina se preocupa tanto com os aspectos preventivos quanto com o manejo dos impactos psicossociais decorrentes do diagnóstico, tratamento, reabilitação e sobrevivência ao câncer. A Psico-Oncologia abrange a avaliação e intervenção em fatores emocionais e comportamentais que podem influenciar a experiência do paciente com câncer, bem como o suporte psicológico às famílias e cuidadores.

Além disso, esta área promove a integração de abordagens multidisciplinares, colaborando com oncologistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde para otimizar o cuidado integral do paciente oncológico. A atuação da Psico-Oncologia é fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, ajudando-os a lidar com o estresse, a ansiedade, a depressão e outras dificuldades emocionais que podem surgir durante o curso da doença e do tratamento (Cunha, 2017).

Adentrando-se a isto, é possível contextualizar a dinâmica do que é o câncer, a partir da atenção secundária e terciária. Concomitantemente, o câncer é uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado e disseminação de células anormais no corpo, podendo formar tumores malignos que invadem tecidos e órgãos. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Contudo, a atenção secundária no contexto oncológico refere-se a cuidados especializados que incluem diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com câncer. Este nível de atenção envolve intervenções como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e terapias-alvo, sendo fornecido por médicos especialistas em oncologia e outras disciplinas relacionadas (Miller, 1992). A partir disto, a atenção terciária, que inclui cuidados paliativos, foca no alívio dos sintomas e no manejo da dor, visando melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas ou terminais. Os cuidados paliativos são multidisciplinares e centram-se no suporte físico, emocional, social e espiritual do paciente, proporcionando conforto e dignidade, além de oferecer apoio às famílias durante o processo de doença e luto.

A morte, enquanto tema central na prática médica e psicológica, assume uma complexidade especial no contexto hospitalar, particularmente para pacientes com câncer. A finitude humana é um aspecto intrínseco da experiência de vida e torna-se mais palpável e angustiante diante de um diagnóstico oncológico. A hospitalização, com suas rotinas e procedimentos, frequentemente amplifica a consciência da mortalidade, provocando reflexões profundas sobre a vida, o sofrimento e o significado da existência. Na Psico-Oncologia, profissionais são treinados para lidar com as reações emocionais e psicológicas que surgem diante da iminência da morte. A atuação neste campo envolve não apenas o suporte ao paciente durante o tratamento, mas também a preparação psicológica para enfrentar a possibilidade de desfechos adversos. A morte, neste contexto, é abordada de maneira aberta e compassiva, permitindo que pacientes e suas famílias discutam medos, esperanças e expectativas de forma franca e honesta. Quando o tratamento curativo não é mais viável, a atenção terciária e os cuidados paliativos tornam-se essenciais (Chapman, Nakamura, Flores, 1999). A abordagem paliativa não busca prolongar a vida a qualquer custo, mas sim garantir que o restante da vida

seja vivido com dignidade, conforto e qualidade. Profissionais de cuidados paliativos trabalham para aliviar sintomas físicos como dor e dispneia, além de oferecer suporte psicológico e espiritual. A morte é vista não como um fracasso médico, mas como uma etapa natural da vida, que pode ser enfrentada com apoio e dignidade.

Dessarte, no ambiente hospitalar, a morte é uma realidade constante que desafia tanto pacientes quanto profissionais de saúde a confrontarem suas próprias percepções e medos sobre a finitude. A integração dos cuidados paliativos e da Psico-Oncologia no tratamento oncológico representa um avanço significativo na humanização do cuidado, reconhecendo a importância de tratar o paciente de maneira holística. Esta abordagem permite que a morte seja encarada não apenas como um fim, mas como uma fase que, com o devido apoio, pode ser marcada por conforto, compreensão e paz.

2 METODOLOGIA

A presente estruturação de trabalho terá como alicerce a pesquisa bibliográfica e qualitativa, sob modalidade de obtenção de aportes e embasamentos teóricos. A pesquisa bibliográfica e qualitativa pode propiciar um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (Gil, 1994). A coleta de dados através de potenciais literaturas, portanto, irá contribuir para a melhor definição das investigações-intervenções realizadas no ambiente hospitalar, uma vez que as informações irão se aprofundar no decorrer da análise, auxiliando na construção e na veracidade da temática apresentada (Mercado-Martínez, 2004).

Concomitantemente, serão utilizados artigos científicos, publicações em periódicos, dissertações e as mais diversas pesquisas em literaturas, com linhas teóricas comprovadas, que possam abranger o tema em exposição. Ademais, o estudo em pauta abarcará a Psicologia da Saúde e Hospitalar como campo interdisciplinar que investiga as interações entre fatores psicológicos, comportamentais e sociais, e como esses influenciam a saúde e a doença dentro do contexto hospitalar. Baseando-se no modelo biopsicossocial e espiritual, este campo reconhece que a saúde é determinada por uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este campo teórico utiliza, portanto, uma abordagem diversificada que inclui métodos qualitativos e quantitativos, como estudos longitudinais e ensaios clínicos randomizados, para avaliar a eficácia das intervenções psicológicas e entender a experiência dos pacientes. A aplicação prática desses conhecimentos visa melhorar a qualidade do cuidado,

a experiência dos pacientes e o bem-estar das equipes de saúde, proporcionando um cuidado holístico e humanizado (Fédida,1992).

À vista disto, o seguinte trabalho foi estruturado, inicialmente, através da realização do levantamento bibliográfico, com o objetivo de revisão literária. Portanto, foram utilizadas algumas plataformas de pesquisas, como “Google Acadêmico”, “SciELO” e “PePSIC”, com o intuito de auxiliar no embasamento e linha teórica utilizada. Após a revisão literária ter sido finalizada, foi formulada uma análise crítica e estruturada do tema proposto.

3.CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A intervenção foi realizada com pacientes de diversos setores do hospital, de acordo com demandas e urgências pertinentes dos dias de atendimento. Foram atendidos 17 pacientes no total, 13 pacientes do sexo feminino e 4 pacientes do sexo masculino. As queixas que mais se apresentaram, nos atendimentos em geral, foram a temática sobre morte e suas complexidades. Em conjunto, foram evidenciadas, em alguns relatos, as queixas sobre a dor propriamente dita, o luto, dificuldades de verbalização, eventos traumáticos, impotência, compulsão alimentar, ganhos e perda de peso, insegurança materna e o sofrimento por experimentar o adoecimento, em um contexto de hospitalização.

4 PROCEDIMENTOS

A proposta de estágio, como processo de desenvolvimento investigativo-interventivo em um hospital geral de médio porte, teve como objetivo experimentar a significação e importância do psicólogo hospitalar, dentro de um contexto de atenção secundária e terciária da saúde. Para Romano (1999), o psicólogo hospitalar focaliza em repercussões psíquicas do indivíduo, referentes à situação de doença e hospitalização. É papel do psicólogo, portanto, investigar a capacidade de adaptação do paciente, os problemas vivenciados nesse ambiente, o nível de adesão ao tratamento e o relacionamento estabelecido entre paciente, acompanhante e equipe de saúde. Abarcando-se disto, a dinâmica inicial protelada pela estagiária foi a visitação de diversificados setores, como UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo), UTINs (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal), Maternidade, Urgência e Emergência, Unidades de Internação, Pediatria, dentre outros, de acordo com as demandas diárias da instituição.

Contudo, o “olhar individualizado” para o setor de Quimioterapia/Oncologia se perdurou no segundo semestre, que se mostrou uma das áreas do hospital de extrema parcimônia do olhar psicológico. Para Bianchin (2003), no atendimento de indivíduos com alguma enfermidade crônica, a destacar o câncer, cabe ao psicólogo possibilitar a adaptação

dos limites e das mudanças propensas pela doença, a fim de melhor adesão ao tratamento, auxílio no manejo da dor física, estresse, procedimentos aversivos, invasivos e/ou dolorosos associados ao quadro.

Deve-se auxiliar em conjunto o enfrentamento de possíveis consequências, promovendo melhoria da qualidade de vida, auxiliando na aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes, revisão de valores para o retorno à vida profissional, familiar e social ou para o final da vida.

Concomitantemente, a continuidade das intervenções da estagiária se deu por meio de organizações de agenda do setor de Quimioterapia, em conjunto com a equipe multiprofissional, cujo foco era a ressignificação do setor de Psico-Oncologia, sendo pensada em conluio com a instituição e supervisão, para que então fosse possível organizar os cronogramas e estruturação dos atendimentos, diante da assiduidade de presenças dos pacientes em seus respectivos tratamentos oncológicos. Para Baptista (2010), a Psico-Oncologia consiste na consonância entre os saberes da psicologia e oncologia, em que são abordadas questões psicossociais que abrangem o adoecimento acarretado pelo câncer. Diante disto, foram utilizadas estratégias de intervenção que puderam ajudar o paciente e seus familiares no enfrentamento e na aceitação de uma nova realidade, promovendo, assim, melhorias na qualidade de vida de ambos.

A rotina da estagiária se estruturou diretamente na identificação da periodicidade dos atendimentos dos pacientes com câncer, em que se teve auxílio da enfermeira-chefe do setor de quimioterapia/oncologia. Durante tal integração, a estagiária intensificou qual era seu papel na instituição, sempre aplicando técnicas investigativas iniciais, como observação e escuta atenta da equipe multiprofissional, para perceber possíveis limites deste vínculo transferencial que estava sendo perdurado. A observação foi utilizada com o objetivo de captar mais informações acerca da cultura da instituição, hábitos, limitações e potências e o modo como os usuários se comportavam, sem a interferência e com a interferência da estagiária, antes de pensar em ações interventivas de fato (Cano & Sampaio, 2007).

Considerando a demanda descrita acima, como problemática da instituição, a proposta interventiva se baseou novamente na inserção de atendimentos contínuos no setor oncológico, ponderando a melhora gradativa no tratamento dos usuários. Partindo desta premissa, foi explanado o foco setorial, contudo, podendo ser abrangidos os atendimentos e o olhar analítico para os demais setores do hospital, de acordo com as solicitações direcionadas à estagiária.

Dando sequência no processo interventivo, a estagiária, em um de seus primeiros atendimentos no segundo semestre, na instituição referida, se deparou com a questão de extrema angústia no setor de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo). Foi feito o atendimento da paciente do sexo

feminino, idosa, que apresentava um quadro de obstrução pulmonar e não tinha o seio direito. Durante o acolhimento, sua mama esquerda estava à mostra, por conta da excessiva quantidade de aparelhos que estavam em seu corpo. A paciente estava com uma inserção do aparelho de traqueostomia, o que dificultava sua verbalização. Devido a isto, começou a chorar e colocou a mão no peito. Através de tais atos, notou-se a possível falta que a paciente estava sentindo dos filhos, e como a dificuldade na verbalização lhe estava causando inquietação. Posto isto, para Gusmão (2012), a comunicação se baseia em um elemento fundamental para a vida humana – sua restrição afetou a capacidade de a paciente expressar as suas dificuldades, necessidades e garantir a sua autonomia diante da hospitalização –. Em conclusão, na UTI, muitos profissionais envolvidos na assistência ao paciente impossibilitado da fala enfrentam dificuldades para lidar com estes indivíduos, pois a ausência da fala traz novos desafios para o cuidar – como quando a estagiária utilizou de ferramentas gesticulares e lúdicas para a transferência com a paciente – Concomitantemente, a incapacidade para a comunicação foi frustrante não somente para a paciente, mas também para a equipe. Segundo Oliveira et al. (2013), neste contexto, percebe-se a fala como o instrumento necessário para tornar o cuidado mais humanizado, e a falta dela ocasiona extrema situação de sofrimento para o indivíduo em estado de adoecimento. Percebe-se, portanto, quanto a pessoa doente vai se "perdendo" na hospitalização. Dessarte, é imprescindível adotar algumas técnicas para acesso e promoção da humanização em pacientes que apresentam limitações significativas, como por exemplo, Códigos de Comunicação (uso das mãos, olhos, boca e afins), Expressões Corporais (reações emocionais, corporais, sinalizações e afins), Instrumentos de Apoio (folhas sulfites, canetas, quadros, lousa mágica, pranchas de comunicação e afins), e podem ser utilizados outros manejos em conjunto, como a participação da família, diálogo interdisciplinar: médico, fonoaudiólogo, enfermagem e afins (Oliveira et al., 2013).

Explorando as demais áreas do hospital e seus amplos corredores, a estagiária pôde vivenciar uma situação de possível tentativa de suicídio, da paciente de sexo feminino, de meia idade, no setor de Enfermaria. Assim que entrou no leito, a estagiária identificou os curativos com que a paciente estava no pescoço, devido ao enforcamento que fora conduzido. A paciente estava com dificuldades na fala, pois sua garganta ainda estava danificada, contudo, gesticulou com as mãos que estava “bem” (sic). A estagiária, adentrando-se a isto, perguntou para a paciente se ela tinha conhecimento do porquê estava no hospital. Ela respondeu de forma negativa. A partir daí, notaram-se possíveis lapsos de memória em relação ao evento traumático. Para Ferenczi (1933), a impossibilidade de representar o ocorrido, lapsos, possíveis fantasias e afins tornam o evento traumático patogênico. Ao mesmo tempo que a paciente busca proteger-

se dessa maneira, conseqüentemente, denuncia-se sua fragilidade psíquica, como quando negligencia em seu intrapsíquico o que experienciou e a vivência traumática fica excluída – lapsos de memória – de um contexto significativo da consciência. A estagiária, posteriormente, atestou tal relato com a equipe de enfermagem, que confirmou que, devido ao trauma intenso, a paciente se encontrava em estado de amnésia. Para Freud (1996), a compreensão do trauma impõe a necessidade de uma elaboração do conteúdo e do afeto da experiência traumática, de modo que sua não elaboração implica a repetição hermética e patológica dos sintomas histéricos e a interrupção de qualquer avanço no tratamento.

Posteriormente, dando continuidade na completude, dentro dos vértices do hospital, a estagiária voltou sua atenção para o setor de Oncologia e se deparou com o paciente de sexo masculino, de meia idade, com sarcoma na perna direita. A estagiária, de início, perguntou como o paciente estava se sentindo, ao que ele rapidamente respondeu: “*Estou bem, foi difícil no início quando descobri o tumor, as medicações me fizeram muito mal, eu tinha alucinações e assustava minha esposa, mas agora tudo se normalizou*” (sic). A esposa complementou dizendo que as alucinações o faziam ter comportamentos aversivos, mas que, após um determinado tempo, o corpo físico do marido se ambientou com as medicalizações. A acompanhante frisou ainda: “*Vemos a morte como algo que vai acontecer com todo mundo, e hoje não temos medo, fazemos atividades físicas, ele cuida do estabelecimento dele, eu participo de corridas e tentamos viver uma vida tranquila*” (sic). A estagiária, adentrando-se a isto, reafirmou ambas as emoções apresentadas e enfatizou que tais comportamentos influenciariam diretamente no tratamento, em que corpo e mente se complementariam. Para Cunha (2017), a quimioterapia e suas medicalizações revelam-se em aspectos predominantemente negativos relacionados à vivência do tratamento — dor, sofrimento, reações, medo e ameaça —, além das limitações físicas que repercutem em mudanças substanciais no cotidiano. Além disso, o caráter ameaçador do câncer, de seu tratamento e da possível morte se traduz em um processo de familiarização seletiva dos pacientes com a quimioterapia, a partir da qual se transforma aquilo que era assustador em algo palpável para sua realidade. Dessa forma, nas representações sociais de pacientes com câncer, alude-se a quimioterapia como alternativa para cura e uma oportunidade para viver a vida de maneira normal novamente, e ver a morte como algo que deixa de ser pejorativo e se torna natural.

Ainda no setor de Quimioterapia, a estagiária pôde vivenciar o caso da paciente de sexo feminino, adulta, paraplégica, com inflamação no osso e que, devido a isto, estava tomando medicação no setor oncológico. A estagiária, para iniciar o atendimento, perguntou como a paciente estava se sentindo diante de seu quadro. Ela respondeu: “*Acho que já estou*

acostumada com esse ambiente de hospital... Vim com uma dor na coluna e voltei para casa sem andar, então essa inflamação eu vou tirar de letra” (sic). A estagiária, diante disto, perguntou como foi sua reação após o diagnóstico de paraplegia. A paciente rapidamente disse: *“Eu fiquei sem chão no começo, pois sempre fui muito ativa, mas a natação me salvou...”* (sic). A estagiária questionou o que a natação significava em sua vida. Ela afirmou: *“No pior momento da minha vida, eu descobri o meu maior talento, na dor eu descobri o quanto sou forte”* (sic). A estagiária enfatizou a importância da ressignificação da dor, que era necessário ser sentida, para que a cura venha de forma satisfatória.

Concomitantemente, seguindo no então elucidado setor oncológico, a estagiária atendeu a paciente de sexo feminino, adulta, com quadro de Síndrome do Corpo Rígido. A paciente, através do primeiro acolhimento da estagiária, pôde referir: *“Eu tenho uma síndrome raríssima. A síndrome do corpo rígido, essa doença faz com que eu perca os movimentos involuntariamente”* (sic). A estagiária, abarcando-se disto, perguntou como ela descobriu tal doença. A paciente frisou que, por um ano, entre idas e vindas ao setor de Urgência e Emergência do hospital, sentia dores na lombar e nenhum médico conseguira descobrir o que ela realmente tinha, somente a medicavam com *Tramal*, o que, segundo ela, surtia efeito somente no momento da dor. A paciente complementou: *“Era angustiante não saber o que eu tinha, pois a cada vez que me davam Tramal eu só piorava, eu comecei a cair no meio da rua, e isso me trazia muita dor e vergonha ao mesmo tempo”* (sic). A estagiária questionou o que as *“quedas”* (sic) significavam para ela. A paciente disse que sentia muitas dores quando alguém tentava levantá-la, contudo, precisava que alguém a levantasse. Ressaltou ainda que tal situação era *“constrangedora”* (sic), mas que após uma consulta com um Neurologista, obteve seu diagnóstico. A estagiária, a partir disto, perguntou o que a descoberta de seu quadro havia significado para ela. A paciente respondeu: *“Tudo. Significou tudo. Pois saber o que eu tinha e tentar lidar com isso foi muito melhor do que a incerteza. E resumindo, agora eu preciso tomar uma medicação caríssima para não ficar sem movimentos, eu ganhei do governo, mas não sei se daqui seis meses irei conseguir novamente”* (sic). Notou-se, a partir daí, que a paciente sentia uma possível impotência em relação à medicação – será que vou tê-la daqui seis meses – e, em contrapartida, a queda para ela poderia significar seu *“mundo desmoronando”*, no sentido mais literal da frase, quando isto envolvera seu corpo físico. Para Miller (1992), as doenças agudas e crônicas, geralmente, provocam sentimentos perturbadores, bem como os tipos de tratamentos a elas direcionados. Esses sentimentos estão relacionados à forma de as pessoas atribuírem significados ao adoecer e ao tratamento. Assim, podemos dizer que as pessoas apresentam respostas ao adoecer. Estas podem, didaticamente, ser separadas em respostas orgânicas –

quedas ou perda de movimentos – e em respostas psicossociais – preciso que o outro me levante –, embora não haja independência entre elas.

Por conseguinte, seguiram-se os dias de estágio, em um dos acolhimentos, no setor evidenciado neste trabalho, a quimioterapia. A estagiária vivenciou um atendimento agendado pela enfermeira-chefe, no setor oncológico, da paciente de sexo feminino com Histiocitose, um câncer raro e autoimune. A paciente referiu, em um de seus relatos, sobre como o câncer a afetava, e que para se afastar da angústia, ela comia doces em excesso. A partir disto, a paciente discorreu: *“Isso me causa tanta angústia, que eu descontava nos doces, parecia vício, quanto mais nervosa e com medo eu ficava, mais doces eu comia”* (sic). A estagiária questionou se a dita compulsão pelos doces ainda se perdurava. A paciente respondeu de forma negativa. Segundo Contreras (2011), o papel da comida no esboço existencial do ser pode significar que comer é um momento ou uma expressão dessa existencialidade, a ausência do prazer em comer e a impossibilidade em alimentar-se, às quais pacientes com câncer são acometidos, leva a uma ruptura nesse processo, anulando as possibilidades do existir ou de fuga de um ambiente estressor – como doces para não sentir a angústia – que ocorrem por meio da alimentação. As rupturas da trajetória alimentar contribuem para um processo de reconstrução da identidade, haja vista que comer não é uma atividade unicamente biológica, mas um fenômeno social e de significância, no qual, além da ingestão de substâncias bioquímicas e macronutrientes, há a incorporação das propriedades morais e comportamentais do alimento, tornando esse processo configurador de nossa identidade e do Eu Ideal, podendo se configurar uma fuga momentânea e imagética de prazer (Contreras, 2011). Partindo disto, outra temática que surgiu neste mesmo acolhimento foi da terapia em si. A paciente, na finalização do atendimento, evoluiu e concluiu seu pensamento sobre o que era psicoterapia individual para ela: *“Hoje eu não vim para a terapia porque meus pais insistiram, eu vim por mim, pra entender minha compulsão devido ao câncer, e hoje, conhecendo você, eu vi que estava errada. Com a minha doença, eu posso não estar aqui semana que vem, os remédios podem não dar certo, mas você fez a diferença na minha vida hoje”* (sic). A estagiária agradeceu e reafirmou seus posicionamentos e, por fim, enfatizou a importância da continuidade do atendimento psicológico, tanto no âmbito ambulatorial quanto no ambiente de quimioterapia. Observou-se, a partir daí, a importância da Psico-Oncologia.

Avançando os dias de estágio, a estagiária experienciou o outro lado do contexto hospitalar, a visão da equipe multidisciplinar, para um caso de remissão no setor oncológico. Isto acometeu-se quando a enfermeira-chefe da Quimioterapia, em conjunto com a equipe multidisciplinar, se sensibilizou com a cura iminente de uma paciente de câncer. A enfermeira-

chefe enfatizou: “*Nossa, é muito bom ver um paciente sendo curado, principalmente quando vemos tanta gente perto da morte. Isso é muito gratificante*” (sic). A estagiária, diante de tal relato, discorreu sobre a importância do trabalho multidisciplinar, em relação ao tratamento dos pacientes. Ademais, através disto, identificou-se a notoriedade da afetividade em relação ao ambiente que seria de sofrimento, mas que se tornou acolhedor para ‘boas notícias’. Para Chapman (1999), no que tange à definição de sofrimento, pode ser entendido como um estado afetivo negativo em sua complexidade, advindo da sensação de ameaça à integridade em suas diversas esferas do indivíduo e pelo sentimento de impotência, exaustão dos recursos pessoais que favorecem o enfrentamento as possíveis ameaças, para portadores de câncer. Vale ressaltar também, segundo o autor, que o sofrimento advém de múltiplas causas, que variam segundo o momento experienciado pelo paciente, ou seja, espera do diagnóstico e estadiamento à fase de tratamento e palição. No entanto, observa-se a absorção da afetividade da equipe multidisciplinar, não somente o paciente é beneficiado, mas também a própria equipe, tornando o ambiente mais acolhedor afetivamente e menos angustiante.

À vista disto, no decorrer do estágio, a presença da estagiária foi se intensificando no setor oncológico, e com abrasiva notoriedade. Como quando foi solicitado o atendimento para a paciente de sexo feminino, idosa, com câncer nos ovários, mas com notável anuência do estado de adoecimento. Isto confirmou-se com o seguinte discurso: “*Estou bem, lido bem com meu câncer, já estou no terceiro. Já tive tumor no estômago, câncer de mama e agora nos ovários, tenho certeza de que vou vencer esse também. A única coisa que me preocupa é que estou emagrecendo muito*” (sic). A estagiária, diante de tal relato, frisou a importância da boa aceitação da doença, e como isso refletiria diretamente no tratamento. A estagiária acrescentou ainda que o emagrecimento poderia estar se acometendo por conta das medicações, e que a paciente não deveria criar um quadro ansioso diante disso. Para Cicogna (2009), o tratamento quimioterápico incide uma série de transformações na vida dos pacientes, a citar: alterações do seu corpo, rotina, estado emocional e psicológico, assim como também de seus familiares. Os efeitos colaterais podem surgir a partir das medicações e da dose usada, mas os mais frequentes são: apatia, perda do apetite e peso – emagrecimento preocupante – alopecia, hematomas, sangramento nasal e bucal, mucosite, náuseas, vômitos e diarreia. Nessa experiência, os pacientes convivem com sentimentos de tristeza, medo, ansiedade e possível depressão, no entanto, apesar dos efeitos adversos, a quimioterapia é encarada como fonte de vida e de visão genuína – lido bem com meu câncer – do sentimento de “saber viver”.

Uma das intervenções que se sobressaíram, em outra esfera do hospital, foi no setor de Pediatria-internação, com a paciente de sexo feminino referindo quadro de Síndrome de Down

e Síndrome de Willians, e devido a tal diagnóstico, estava com excessiva hiperemia de face. Contudo, a queixa e fala expressiva foi trazida pela mãe e responsável, quando declara: “*Não é fácil ser sozinha com uma filha em condição especial, não tenho marido, ele nos abandonou, é complicado*” (sic). A estagiária, abarcando-se disto, evidenciou a importância de a mãe efetivar uma autovalidação, de todo seu “*esforço*” (sic) diante da trajetória da criação da filha, que mesmo sem auxílio externo estava exercendo o seu papel dentro de um contexto materno. Para Batista e França (2007), o nascimento de uma criança com deficiência é uma experiência inesperada que traz à tona diversas questões – não é fácil criar uma criança com Síndrome de Down – e, inicialmente, pode ocorrer um impacto frente ao recebimento do diagnóstico, que faz emergir diversificados sentimentos e reações –, como será criar essa filha sozinha –. Diante disso, pode passar por uma fase de negação, de ansiedade e de medo, o que demanda adaptação para finalmente poder chegar à aceitação, possibilitando o desenvolvimento do filho diante das reais limitações e potencialidades.

Dessarte, ainda explorando o setor de Pediatria, um dos casos que se submergiu foi o da paciente de sexo feminino, adolescente, com síndrome de Hakim Adams e quadro de infecção de urina. Ao entrar no leito, a estagiária falou com a mãe, devido à incapacidade de fala da paciente. Para iniciar, a estagiária perguntou como a acompanhante estava se sentindo. A responsável enfatizou: “*Minha filha está internada por infecção de urina! A mesma infecção que fez o pai dela morrer há nove meses atrás!*” (sic). A estagiária acolheu e afirmou que a mãe não deveria criar um quadro ansioso precoce e complementou que poderia ser apresentada uma melhora, e que não necessariamente aconteceria com sua filha o mesmo que ocorrera com o marido. A mãe frisou: “*Eu sei que pode não acontecer o mesmo, mas é muito difícil ver minha filha com o mesmo quadro que o pai dela. Porque ele não voltou para casa. Ele morreu*” (sic). Percebeu-se, diante de tal queixa, como o luto ainda estava presente na vida da mãe e como estava interferindo em outras áreas de sua vida. Para Freud (1915), não se encara abertamente o fim da vida, é com temor que se pensa sobre a dita morte, ela é inconcebível e inimaginável, no fundo ninguém acredita na própria morte ou o que vem a ser o mesmo; no inconsciente, cada um de nós está convencido de uma fantasiosa imortalidade, e quando a morte chega, a angústia se apodera de todo o ser.

No discorrer do estágio, os diferentes posicionamentos, formas de pensar e de agir, em seu histórico e contexto de tratamento, foram evidenciados nos pacientes de câncer. Como quando a paciente de sexo feminino, adolescente, com quadro de câncer raríssimo e autoimune, que já havia sido atendida anteriormente, frisou: “*Estou bem melhor que da última vez, acredito que a nossa conversa me fez ver o quanto sou forte, e o quanto consigo passar por cima dessa*

doença. A única coisa que me chateia é como minha família me usa como um troféu às vezes, para conseguir coisas. A minha doença é uma moeda de troca em muitas situações (sic). A estagiária questionou o que significaria a expressão “troféu” (sic). Ela respondeu: “Troféu no sentido de terem privilégios na família, por conta de ter uma filha com câncer” (sic). A estagiária, a partir disto, afirmou que a paciente não deveria se objetificar pela atitude do outro, mas se identificar por ela mesma como sujeito. Para Araújo e Nascimento (2004), o diagnóstico do câncer abarca uma condição mórbida, produz na família, em primeiro momento, muito sofrimento e dor, uma vez que essa patologia é acompanhada de significações negativas. A identificação de que a doença não tem cura, que segue um curso progressivo e irreversível, tornando-se um mal irremediável, insidioso e altamente destruidor que se instala no silêncio dos órgãos e, sorrateiramente, vai se espalhando pelo corpo, entre outras representações afins, faz da doença maligna um prenúncio de decadência física, psicológica e moral, e para a família a reação diante disto pode ser de negação, repúdio, ganhos – sou um troféu – de uma forma negativa e/ou positiva.

Através de tais conjunturas, a estagiária experienciou momentos de sofrimento, angústia e movimentos de boa aceitação de quadros médicos, não só de pacientes, mas de seus acompanhantes e equipe multidisciplinar. Em conjunto a isto, foi emergida a negação da doença propriamente dita, principalmente no setor de quimioterapia, e esferas distintas surgiram no ambiente hospitalar. Partindo desta premissa, é importante ressaltar que a estagiária teve o apoio da coordenadora de psicologia em seu processo investigativo-interventivo, tendo auxílio na execução de evoluções psicológicas, requeridas pela profissional e pela instituição, para anexo dos respectivos prontuários dos pacientes. Neste constructo, a colaboração da equipe multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros, contribuiu diretamente na estruturação e experiência da estagiária, no contexto hospitalar. As parcerias intersetoriais são de extrema importância, uma vez que possibilitam efetividade das rotinas profissionais, principalmente no agir-comunicativo entre os campos de saberes, evocando trocas, intervenções de maneira integrada e colaborativa, em prol da promoção de saúde e qualidade de vida (Canoletti, 2008).

Abarcando-se disto, a estagiária identificou e confirmou, através das investigações e intervenções ao longo dos semestres, o sofrimento advindo do adoecer e, através disto, como os pacientes apresentaram, na maioria das vezes, impotência diante do inesperado. Isto os colocava diante de algo que os desestabilizava e ao mesmo tempo estava aparentemente fora de seu alcance modificar. O adoecimento, seja ele em qualquer setor do hospital, traz a sensação de que não se é, sequer, dono de si, do seu corpo, quebrando a linearidade da vida e das nossas

funções cotidianas. “Nesta perspectiva, a visão psicológica pode auxiliar o paciente, na adaptação e no enfrentamento do mal-estar instaurado” (Vieira, 2010, p.14). Em conluio a isto, através do olhar da psicologia da saúde e hospitalar e da abordagem psicanalítica, em enfrentamentos investigativos-interventivos, a estagiária minou quaisquer dúvidas sobre a eficácia e ampla necessidade de uma equipe de psicólogos estar presente e residente, no contexto rotineiro da instituição, sugerindo não só a continuidade do trabalho que já é desempenhado, mas em paralelo a isto, a efetivação e ampliação de tais atendimentos para setores com sofrimento considerável, como evidenciado neste trabalho, o setor de Quimioterapia/ Oncologia.

Por fim, de maneira mais expressiva, foi possível construir e desconstruir posicionamentos do que é morte e adentrar-se, de forma representativa, ao que é finitude. Através dos encaminhamentos feitos pelo médico oncologista, os pacientes compareciam na quimioterapia por períodos específicos, de acordo com seu tratamento, contudo, a estagiária não visitava todos os leitos de enfermaria, somente quando solicitado pela equipe médica. Concomitantemente, os retornos de atendimento eram ofertados semanalmente ou quinzenalmente de acordo com o tratamento especificado. Durante o estágio, eram feitas as evoluções de prontuário e, por vezes diversas, discutidas em conjunto com a equipe multidisciplinar, e diante disto, se através dos atendimentos fosse identificado necessidade de continuidade no tratamento psicoterápico, a estagiária acionava a coordenadora de psicologia. Portanto, foi acrescido pela estagiária, de forma transferencial com os pacientes, que a morte é certa e, ao mesmo tempo, indeterminada, quanto à quando acontecerá. Ela pode se dar a qualquer momento, o risco é constante, pois não é possível nem controlar, nem calcular a possibilidade da absoluta impossibilidade da vida, ainda que, cotidianamente, predomine um movimento para evitar o encontro com isso (Leite, 2011). E após serem feitas tais ressignificações e ser deixado de lado o que foi recalcado, ampliar o olhar do paciente, como sujeito finito.

Foi intensificada no segundo semestre, portanto, a temática e diferentes vértices do setor oncológico, atingindo novamente, com admirável primor, a intervenção para com os pacientes, em seus processos de adoecimento, tratamentos e possíveis remissões de seus quadros cancerígenos, fazendo com que a finalização do estágio de Psicologia Hospitalar se efetivasse de uma forma prestigiosa, com a visão de que o setor de Câncer não deve ser visto somente como um ambiente angustiante, mas de vivacidade genuína, alcançando, assim, o tocar do sino e sua então novamente referida, “Última Quimio”.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A última quimio no contexto de um hospital geral representa um ponto de convergência de múltiplas interfaces e dinâmicas institucionais, refletindo a complexidade do tratamento oncológico dentro de um sistema de saúde multifuncional. A partir desta perspectiva, é essencial analisar as interações entre diferentes setores do hospital, os desafios específicos do setor de oncologia e a experiência dos pacientes e profissionais envolvidos (Chapman, 1999). Um hospital geral é uma instituição complexa, que engloba uma ampla gama de serviços médicos e especialidades. Dentro desse ecossistema, o setor de oncologia ocupa uma posição de destaque devido à gravidade e à complexidade dos casos tratados. A última quimio, em particular, simboliza tanto um marco no tratamento quanto um ponto crítico de reflexão sobre a eficácia dos cuidados prestados e os desafios enfrentados.

A primeira interface significativa no contexto hospitalar é a integração entre a oncologia e outros departamentos, como a radiologia, a patologia, a cirurgia e os cuidados paliativos. A eficácia do tratamento oncológico depende de um diagnóstico preciso e da colaboração multidisciplinar. Os desafios no setor de oncologia são multifacetados. A administração da quimioterapia requer infraestrutura adequada, incluindo salas de infusão bem equipadas e confortáveis, bem como sistemas de suporte para monitoramento dos pacientes durante e após a administração dos medicamentos. A toxicidade dos agentes quimioterápicos exige uma gestão rigorosa dos efeitos colaterais, que podem incluir náuseas, vômitos, imunossupressão e fadiga extrema. A complexidade do regime de tratamento requer uma coordenação precisa e uma resposta rápida a quaisquer complicações (Contreras, 2011).

Dentro do ambiente hospitalar, na instituição onde o estágio se sucedeu, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes foi fundamental. No entanto, essa comunicação se apresentou desafiadora devido à natureza técnica e emocional das informações transmitidas. Pacientes e suas famílias precisam compreender o estado da doença, os objetivos do tratamento e os possíveis efeitos colaterais, o que exige clareza, empatia e sensibilidade por parte dos profissionais de saúde. A falta de uma comunicação adequada pode levar a mal-entendidos, aumentando a ansiedade e o estresse dos pacientes e de suas famílias. O suporte emocional e psicológico é uma outra interface crítica no tratamento oncológico em um hospital geral. Pacientes com câncer frequentemente enfrentam medo, ansiedade e depressão, necessitando de apoio contínuo de psicólogos e assistentes sociais. Profissionais de saúde, por sua vez, também enfrentam altos níveis de estresse e risco de burnout, exigindo programas de suporte e bem-estar para manter a qualidade dos cuidados prestados.

Dessarte, a infraestrutura hospitalar e a disponibilidade de recursos representam desafios constantes. Em muitos hospitais gerais, a demanda por serviços oncológicos pode superar a capacidade disponível, resultando em tempos de espera prolongados e acesso limitado a tratamentos de última geração. Além disso, a dimensão ética do tratamento oncológico é particularmente relevante na última quimio. Decisões sobre a continuidade ou a interrupção do tratamento ativo, especialmente em casos avançados ou terminais, envolvem considerações complexas sobre a qualidade de vida do paciente, expectativas de cura ou controle da doença e preferências pessoais. Essas decisões exigem um diálogo cuidadoso entre os pacientes, suas famílias e a equipe médica, considerando tanto as opções terapêuticas quanto os aspectos humanitários do cuidado (Miller, 1992).

Concomitantemente, a última quimio em um hospital geral foi um evento que encapsulou a complexidade e os desafios do tratamento oncológico. A interação entre múltiplos departamentos, a gestão dos efeitos colaterais, a comunicação eficaz e o suporte emocional foram elementos cruciais para o sucesso do tratamento. A capacidade da instituição de proporcionar cuidados oncológicos de alta qualidade evidenciou sua infraestrutura, a disponibilidade de recursos e a capacidade de abordar as necessidades físicas e emocionais dos pacientes e profissionais de saúde. Somente através de tal abordagem integrada e multifacetada foi possível proporcionar uma experiência de tratamento eficaz e humanizada, refletindo a verdadeira essência do cuidado oncológico e das demais interfaces de um hospital geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio de Psicologia Hospitalar realizado durante o ano de 2023, nos dois últimos semestres do curso de Psicologia, ajudou a construir uma ponte entre a teoria e a prática do contexto hospitalar, em como se devem conduzir emergências e possível morte, de modo que o trabalho integrado foi evidente, e a presença da equipe multidisciplinar foi fundamental para o trabalho da estagiária, em todas as esferas de um hospital geral.

As experiências com diversos setores, doenças, faixa etárias diferentes, rotinas da instituição, dentre outros, fizeram perceber a necessidade de uma formação profissional focada no âmbito hospitalar, ao estudante de psicologia, para que este tenha contato com uma realidade para além do atendimento clínico padrão e o aumento da experiência interventiva. No hospital houve momentos de sofrimento e angústias notáveis, em que através do olhar analítico, foram experienciados momentos desafiadores impostos pela própria condição teórico-prático da atenção ao sujeito em sofrimento. As discussões e reflexões psicanalíticas e o adoecimento tornaram evidente a importância do aprofundamento acerca da multiplicidade de sentidos,

quando se trata dos processos de subjetivação, do corpo e da escuta psicanalítica, em quaisquer ambientes da instituição.

Contudo, se perdurou o olhar individualizado para a esfera do paciente com câncer, diante da complexidade e variabilidade dos problemas decorrentes do tratamento oncológico, reconhecidos em diversas vertentes. É relevante, portanto, considerar não somente os aspectos e quadros clínicos, mas também os sociais, psicológicos e intrínsecos associados ao câncer. A partir da interdisciplinaridade, em que diferentes profissionais estabeleceram uma relação recíproca entre si e com os pacientes, houve um favorecimento de intervenções técnicas e humanizadas no cuidado e acolhimento, visando à reabilitação integral e à integralização da “Última Químio” e seu sino, tal ação acarretou notável representação para o paciente que vivenciou dias, senão anos, tão complexos e dolorosos.

Na referida instituição, a presença do psicólogo e suas formas de atuação, fundamentadas e evidenciadas cientificamente, são valorizadas pelos demais profissionais de diferentes áreas do conhecimento, visto que se possuem demandas e solicitações recorrentes de diversas áreas, à equipe de psicologia. Concomitantemente, a atuação em equipes multidisciplinares tem alcançado resultados efetivos e relevantes na população-alvo de atendimento, e isto se torna visível por meio da própria intervenção da estagiária, no acompanhamento dos pacientes e seus familiares, durante as etapas do tratamento, mesmo que a assiduidade das presenças no tratamento fosse esporádica.

É importante ressaltar que foi deixado algo novo no hospital, mais especificamente na quimioterapia, como dela a estagiária recebeu inúmeras experiências e expôs transferências e contratransferências com os pacientes e equipe. Este intercâmbio comprova, mais uma vez, que Psicologia Hospitalar e psicanálise podem e devem trabalhar em conjunto. Um fornece ao outro seus conhecimentos específicos, e dessa interação surge algo novo, mais completo e cada vez mais rico. Relatar tantos momentos vivos parece um tanto quanto difícil, pois no papel não cabem os pequenos gestos, os desafios, as novas relações de confiança, de ética e de amizade estabelecidos nesta experiência de estágio.

Durante as supervisões foi possível a sintetização das experiências vividas e a realização da troca com os outros estagiários, sendo capaz de ter olhares diferentes de uma mesma rotina ou ações semelhantes. Outra situação rica em aprendizado foi o contato com os modelos e antimodelos de outras instituições e perceber a necessidade de percepção ética e de manejo que a rede necessita, bem como a conduta individual do profissional ao entrar em contato com as demandas conflituosas que pode haver em contextos hospitalares.

De modo geral, o ideal da disciplina foi alcançado, proporcionando um olhar crítico e cuidadoso sobre a realidade dentro da instituição, a preocupação com a intervenção e as técnicas necessárias para desempenhar tal tarefa. Mais do que conhecer a realidade da instituição, a estagiária foi colocada à prova, ao se deparar com a responsabilidade de intervir, a partir de um olhar profissional, sem pré-julgamentos, colocar a teoria em prática, ao descrever e debater as situações vivenciadas, se colocar diante do inesperado, poder olhar para si mesma como alguém que não só estava em um lugar de escuta, mas também de aprendizado, com seus pacientes, e olhar para o hospital como um ambiente que acarreta emoções intransigíveis e experiências ímpares.

Finalmente, pode-se dizer que o hospital é um ambiente de desafios, de criação, não apenas do conhecimento, mas de uma realidade que oferece tratamento ao adoecimento tanto do corpo fisiológico quanto da psiquê. A estagiária finaliza, com muito esmero, ressaltando que participar da melhora e tocar o sino ao paciente de câncer curado não só foi colaborativo para a melhora do paciente, mas uma contribuição para a própria carreira como futura psicóloga na área hospitalar. Através de tais considerações, é importante ressaltar e intensificar, de modo sugestivo, que a instituição volte o seu olhar para tal setor, de forma mais abrasiva, em que o olhar psicológico e resiliente possa atingir o paciente até a sua tão sonhada “Última Quimio”.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Jorgéria da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 274-278, 2004.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia Hospitalar: Teoria aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- BATISTA, Sérgio Murilo; FRANÇA, Rodrigo Marcellino de. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. **Revista de divulgação técnico-científica do ICPG**, v. 3, n. 10, p. 117-121, 2007.
- BEARISON, David J.; MULHERN, Raymond K. (dd.). **Pediatric psychooncology: Psychological perspectives on children with cancer**. Oxford University Press, USA, 1994.
- BIANCHIN, Maysa Alahmar. **Acidente Vascular Encefálico (AVE) e reabilitação: atividades de vida diária e prática, depressão, qualidade de vida e barreiras ambientais**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CANO, Débora Staub; SAMPAIO, Izabela Tissot Antunes. O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 2, 2007.

CANOLETTI, Bianca. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CHAPMAN, C. Richard; NAKAMURA, Yoshio; FLORES, Leticia Y. Chronic Pain and Consciousness: a constructivist perspective. In: R. J. Gatchel; D. C. Turk (eds.). **Psychosocial Factors in Pain**. New York: The Guilford Press, 1999, p. 35-55.

CHIATTONE, HB de C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**, v. 2, p. 145-241, 2000.

CICOGNA, Elizelaine de Chico. **Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CONTRERAS, Jesús. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2011.

COSTA, Jurandir Freire. Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. In: **Psicanálise e contexto cultural: imaginário: psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro, 1989. p. 175-175.

CUNHA, Fernanda Furtado da *et al.* **Representações de pacientes em tratamento de quimioterapia**. Porto Alegre, 2017.

FÉDIDA, Pierre. **Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1992.

FERENCZI, Sándor. **Confusão de línguas entre os adultos e as crianças**. Obras completas de Sándor Ferenczi. São Paulo: Martins Fontes, 1933.

FREUD, Sigmund. **O inconsciente (1915)**. Obras completas, v. 14, 2010.

FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas**. Imago., 1996.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GUSMÃO, Lyvia Maranhão. Psicologia intensiva: nova especialidade. **Revista online rede psi**. Rio de Janeiro, 2012.

LEITE, Fernanda. O ser-para-a-morte a partir e depois de Ser e Tempo. **Ítaca**, n. 16, p. 85-100, 2011.

MERCADO-MARTINEZ, F. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. p. 137-174, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MILLER, Jacques-Alain. **Enfrentando a doença crônica: Superando a impotência**. Philadelphia: F.A Davis, 1992.

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 334-43, 2013.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. *In: Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. 1999. p. 145-145.

VIEIRA, Michele Cruz. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 8, n. 6, p. 513-9, 2010.