



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA

ANDRÉ OLIVEIRA DE ASSIS NÚÑEZ

**PODER DE AGIR, AUTOCONSCIÊNCIA E BEM-ESTAR DO
PSICÓLOGO HOSPITALAR E O SEU SENTIDO DE TRABALHO**

Recife

2022

ANDRÉ OLIVEIRA DE ASSIS NÚÑEZ

**PODER DE AGIR, AUTOCONSCIÊNCIA E BEM-ESTAR DO
PSICÓLOGO HOSPITALAR E O SEU SENTIDO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Área de concentração: Psicologia Cognitiva

Orientadora: Prof^ª Dra Sandra Patrícia Ataíde Ferreira

Coorientador: Prof^º Dr Alexandro Medeiros do Nascimento

Recife

2022

Catálogo na fonte
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

A848e Núñez, André Oliveira de Assis
Poder de agir, autoconsciência e bem-estar do psicólogo
Hospitalar e o seu sentido de trabalho / André Oliveira de Assis Núñez –
2022.
160f. : il. ; 30 cm.

Orientador (a): Profa. Dra. Sandra Patrícia Ataíde Ferreira.
Coorientador(a): Alexsandro Medeiros do Nascimento
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Recife, 2022.

1. Psicologia cognitiva. 2. Atuar no âmbito secundário e terciário à
saúde. 3. Autofocalização. 4. Humanização - Hospitalização. 5. Adequado
bem-estar. I. Ferreira, Sandra Patrícia Ataíde (Orientadora). II.
Nascimento, Alexsandro Medeiros do. III. Título.

153 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2022-068)

ANDRÉ OLIVEIRA DE ASSIS NÚÑEZ

**PODER DE AGIR, AUTOCONSCIÊNCIA E BEM-ESTAR DO PSICÓLOGO
HOSPITALAR E O SEU SENTIDO DE TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva
Área de concentração: Psicologia Cognitiva

Aprovado em: 21/02/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Juliana Ferreira Gomes da Silva. (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o Dr^o Henrique Jorge Simões Bezerra (Examinador Externa)
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a. Dr^a Fabíola Mônica da Silva (Examinadora Externa)
Universidade Estadual da Paraíba

Dedico esse trabalho a todos os psicólogos hospitalares que se empenham na sua atividade, com a certeza de que fazem o melhor para amenizar o sofrimento emocional vivenciado por pacientes, seus familiares e pela própria equipe de saúde.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, pois sem Ele jamais iria conseguir atingir mais esse objetivo de vida. Sei que em todos os momentos fui auxiliado e instruído pelo Senhor.

Aos meus pais, Fernando e Iara, pois foram, são e sempre serão minha base e minha inspiração para lutar pelos meus sonhos, pautado na ética e nos valores.

A mulher da minha vida, Helen, que esteve ao meu lado quando mais precisei durante esses anos de estudo.

A minha orientadora Professora Sandra Patrícia Ataíde, com sua compreensão, inteligência, dedicação e carinho, sempre me motivou na minha caminhada durante o mestrado, contribuindo para minha formação acadêmica e profissional.

Ao meu coorientador Professor Alexsandro Medeiros do Nascimento, com seu profissionalismo, boa vontade e extrema esmero, auxiliou-me na realização de minha pesquisa.

A minha irmã, Cecília, que sempre esteve comigo nas adversidades.

A todos os meus familiares e parentes, que sempre me motivaram.

Aos integrantes do Grupo LACCOS (Laboratório de Estudos da Autoconsciência, Consciência, Cognição de Alta Ordem e Self) e ao GEPELLL (Grupo de Pesquisa em Linguagem, Leitura e Letramento) pelas conversas e discussões acadêmicas.

Ao amigo Luciano Pinto, que sempre me incentivou.

A equipe da SSAS do ano de 2018 a 2021, que compreendeu minha ausência para dedicar-me aos estudos.

A minha amiga Sarah Vasconcellos, que me incentivou durante a minha pesquisa.

Ao colaborador César Filipe da Silva Oliveira, que facilitou a execução de meu trabalho.

A Marina, a Clara e a Carla, que me auxiliaram na realização da minha pesquisa.

A Jessica Barbosa, por ter me motivado e orientado a fazer o processo seletivo.

Ao amigo Paulo, pelas palavras de motivação.

Ao amigo Atílio Sozzi, pelos muitos incentivos.

A todos os integrantes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva.

A todos os meus amigos e amigas que me apoiaram.

A mais importante experiência dos outros ocorre na situação de estar face a face com o outro, que é o caso prototípico da interação social. Na situação face a face o outro é apreendido por mim num vivido presente partilhado por nós dois. Sei que no mesmo vivido presente sou apreendido por ele. Como resultado, há um intercâmbio contínuo entre a minha expressividade e a dele.
(ANGELOCCI, 2020, p.8).

RESUMO

O psicólogo hospitalar é um profissional privilegiado dentro da equipe de saúde, pois detém recursos para lidar com diversas questões de ordem psicológica dos pacientes e seus familiares. Desse modo, partindo-se do enfoque da Clínica da Atividade, que é uma metodologia de ação para mudar o trabalho e que propõe meios de agir sobre as relações entre atividade e subjetividade, e sobre o sujeito e o coletivo, foi analisado o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar. Outro conceito usado no âmbito profissional dos psicólogos hospitalares foi o Bem-Estar Subjetivo, que se refere à avaliação que um indivíduo faz da sua satisfação geral com a própria vida e sobre a sensação de ter experimentado mais afetos positivos do que negativos durante toda a sua vida. Auxiliando a análise deste profissional acrescenta-se o processo cognitivo da autoconsciência, que é um processo de autofocalização, no qual o *self* tem a capacidade de refletir sobre si mesmo. Somado a isso, utilizou-se o conceito de sentido de trabalho deste profissional, que é definido como o entendimento dos trabalhadores daquilo que eles fazem no trabalho assim como a relevância do que eles realmente executam. A presente pesquisa teve como objetivo geral investigar as relações entre a autoconsciência, o poder de agir, sentido de trabalho e o bem-estar na atividade laboral dos psicólogos hospitalares, e mais especificamente, buscou: (a) analisar quais são os sentidos de trabalho dos psicólogos hospitalares; (b) identificar o gênero profissional e o estilo dos psicólogos hospitalares; (c) analisar o poder de agir do psicólogo hospitalar no contexto de trabalho; (d) identificar o nível de bem-estar e os fatores que geram esse aspecto nos psicólogos hospitalares; (e) verificar os níveis e os tipos de autoconsciência entre os psicólogos hospitalares. Para isso, foi desenvolvido um estudo com métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação. A metodologia adotada no primeiro momento foi o uso de escalas psicométricas e informações quantificadas para investigação das interrelações entre todos os aspectos do estudo e a resposta livre de um questionário com a pergunta-eliciadora sobre os sentidos da atividade em psicologia hospitalar: “Qual o sentido do trabalho para você?”. No segundo momento, através da realização de uma entrevista exploratória, colheram-se informações de dois psicólogos, somada à realização de uma dinâmica intitulada “realiza/não realiza” baseando-se na pergunta-eliciadora. Participaram da pesquisa, no primeiro momento, 21 psicólogos de um hospital público da cidade de Recife/PE. Após a realização deste primeiro momento, dispuseram-se a participar do segundo momento 02 psicólogos deste grupo inicial. Os principais resultados apontam para 06 categorias temáticas de sentido produzidas através da pergunta-eliciadora, que são “a estrutura do atendimento em psicologia”, “a natureza da clínica

no contexto hospitalar”, “a identificação e gratificação profissional”, “o suporte emocional/cuidado ao outro e relevância social”, “as características do trabalho em psicologia hospitalar” e “a dimensão ética-política”. Sobre o gênero profissional, observou-se uma falta de engajamento aos eventos novos, como o lidar com a pandemia, e sobre o estilo, observa-se que, para a residente, este se caracteriza pela realização da sua função enquanto psicóloga no suporte emocional ao paciente e, para o segundo entrevistado, pelo processo de identificação com a profissão. No que se refere ao poder de agir, para a primeira entrevistada, percebeu-se uma restrição na sua liberdade de atuar tanto em relação a uma ideia inovadora quanto a ações que quis realizar exercendo a sua função, impedindo assim a sua atividade; já para o segundo entrevistado, o Hospital proporciona condições para o profissional inovar, resultando no aumento do seu poder de agir. Além disso, sobre os resultados quantitativos, houve correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares, as escalas de autoconsciência, a escala de bem-estar subjetivo e as categorias temáticas, sendo possível inferir que os psicólogos que possuem traços de autoconsciência mais reflexivos, tende a ter um sentido de trabalho positivo, visualizando como desafios os problemas que surgem, ampliando a possibilidade de desenvolvimento do poder de agir e um adequado bem-estar. Por outro lado, quando encontramos psicólogos que são mais ruminadores (sustentados por sentimentos negativos de ameaça e perda), podemos encontrar nestes sujeitos uma menor percepção de bem-estar, com um menor de sentido de trabalho e com pouco desenvolvimento do poder de agir.

Palavras-chave: poder de agir; autoconsciência; sentido do trabalho; psicologia hospitalar; bem-estar subjetivo.

ABSTRACT

The hospital psychologist is a privileged professional within the health team, as he has resources to deal with various psychological issues of patients and their families. Which is a methodology of action for work and which elaborates methods of action on the relations between subjectivity, which is a methodology of action for work, which is a methodology of action for acting on the relations between subjectivity, which is a way of study the subject and collective, part about the work of the psychologist without a hospital environment. The concept used in the context of the other hospital psychologists was the professional good of the subject, which refers to an individual's assessment of their general satisfaction with their own life and the feeling of having experienced more affections than during their entire positive life. Aiding the analysis of this professional, the cognitive process of self-awareness is added, which is a process of self-focus, not in which the self has the ability to reflect on itself. Added to this, he used the concept of meaning of work, which is defined as the concept of work that they do at work as well as this professional work that they actually perform. presents as a general objective to investigate how relationships between self-awareness, the power to act, the meaning of work and well-being in the work activity of hospital psychologists, and more specifically, sought: (a) what are the meanings of work of psychologists hospital; (b) identify the professional genre and style of hospital psychologists; (c) analyze the context of action of the hospital psychologist at work; (d) identify the level of well-being and the factors that produce this aspect in hospital psychologists; (e) controlling levels and types of self-awareness among hospital psychologists. For this, a study with mixed methods was developed, which combine practical and qualitative research approaches in the same investigation. The free answer tested in the first was the use of psychometrics and quantified information to investigate the interrelationships between all aspects of the study and the question of a question with a question about the meanings of activity in hospital psychology: do I work for you?". At the moment, through an exploratory interview, information was collected from two psychologists, in addition to the performance of a second one called "realization/unrealized" based on the eliciting question. At first, 21 psychologists from a public hospital in the city of Recife/PE participated in the research. After carrying out this first moment, 02 psychologists from this initial group are willing to participate in the second moment. The main results refer to 06 thematic categories of hospital meaning, which are the emotional nature of psychological care, "identification and professional gratification", "identification and professional gratification" / dimension to the other and social", "the characteristics of work in hospital psychology" and "the ethical-political dimension". About

gender, there was a lack of engagement with new events, such as dealing with the pandemic, and about style, it is observed that, for the resident, it is characterized by the performance of her role as a psychologist in emotional support to the patient. patient and, for the second interviewee, through the process of identification with the profession. With regard to a first freedom interview to act, for the first freedom interview to act, to exercise a restriction on your activity, both in relation to an innovative idea and to your actions, which may thus have power to your activity; As for the second interviewee, the Hospital offers conditions for professional innovation, not increasing his power to act. In addition, regarding the possible results, there were correlations between the work environment of hospital psychologists, such as self-awareness scales, subjective well-being and as thematic categories, being inferred the aspects that psychologists have more reflective self-awareness traits, tend to have a positive sense of work, viewing the problems that arise as challenges, expanding the possibility of developing the power to act and an adequate well-being. On the other hand, when we find psychologists who are more ruminant (sustained by negative feelings of threat and loss), we can find in these subjects a lower perception of well-being, with a lower development of the sense of work and with little development of the power to act.

Keywords: power to act; self-awareness; work sense; hospital psychology; subjective well-being.

SUMÁRIO

1	UM DIÁLOGO INTRODUTÓRIO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1	O PSICÓLOGO DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR.....	19
2.2	AS BASES EPISTEMOLÓGICAS DA CLÍNICA DA ATIVIDADE.....	26
2.3	AUTOCONSCIÊNCIA NO CONTEXTO DE TRABALHO.....	38
2.4	BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS PSICÓLOGOS HOSPITALARES.....	47
2.5	SENTIDOS DO TRABALHO E SUAS NUANCES.....	57
3	CAMINHOS METODOLÓGICOS	64
3.1	DESENHO DA PESQUISA (TIPO DE ESTUDO)	64
3.2	PARTICIPANTES.....	64
3.3	PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	65
4	PROPOSTA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.1	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	70
4.1.1	Descrição Institucional do Hospital Selecionado.....	70
4.1.2	Sentido do Trabalho para os Psicólogos Hospitalares.....	71
4.1.3	Aspectos Correlacionais e os Seus Significados.....	79
4.1.4	Discussão Parcial dos Aspectos Correlacionais	83

4.1.5	A Psicologia Hospitalar com Enfoque na Clínica da Atividade.....	86
4.1.5.1	Encontrando o Significado Laboral: identificando-se com a atividade hospitalar.....	86
4.1.5.2	Do Gênero profissional ao Poder de Agir do Psicólogo Hospitalar: para além do que é previsto no coletivo	97
5	DISCUSSÃO GERAL.....	118
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS SENTIDOS E A ATIVIDADE DOS PSICÓLOGOS HOSPITALARES	120
	REFERÊNCIAS.....	124
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	140
	APÊNDICE B – PERGUNTA-ELICIADORA	141
	APÊNDICE C - QUADRO TEMÁTICO.....	142
	APÊNDICE D - RESPOSTAS DOS PSICÓLOGOS.....	144
	APÊNDICE E – CATEGORIAS DE SENTIDO DO TRABALHO DOS PSICOLOGOS HOSPITALARES.....	147
	APÊNDICE F - MODELO DE PERGUNTAS DISPARADORAS.....	150
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE RUMINAÇÃO E REFLEXÃO (QRR)	154
	ANEXO B - ESCALA DE AUTOCONSCIÊNCIA REVISADA (EAC-R)	156
	ANEXO C – ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO.....	157
	ANEXO D - TESTE DE AUTOCONSCIÊNCIA SITUACIONAL	159

1 UM DIÁLOGO INTRODUTÓRIO

Castro e Bornholdt (2004) afirmam que o psicólogo hospitalar é o profissional que detém os conhecimentos e técnicas que objetivam a melhora da assistência integral do paciente que se encontra no ambiente hospitalar. Assim, seu trabalho ajuda no restabelecimento da saúde do enfermo ou mesmo interfere na sua qualidade de vida. Segundo Carvalho (2013), o desafio que se apresenta ao trabalho do psicólogo no hospital seria oferecer um modelo de formação para o psicólogo da saúde no contexto hospitalar focado em um modelo de atenção integral à saúde.

Nos últimos anos com a discussão sobre a humanização do atendimento hospitalar, cada vez mais ganha espaço o trabalho de profissionais da psicologia em instituições hospitalares, contudo sua identidade ainda está em construção pelas diversas atribuições que desenvolvem, além de seu caráter multiprofissional. O psicólogo hospitalar atua no âmbito secundário e terciário de atenção à saúde, onde realiza diversas atividades, tais como o atendimento psicoterapêutico, psicodiagnóstico, atendimento em ambulatório, psicoprofilaxia e atendimento em unidade de terapia intensiva. Diante disso, o psicólogo se depara com muitos casos em diferentes setores do hospital, e o objetivo principal é trabalhar com o processo de saúde/doença, visando proporcionar um apoio psicológico através da compreensão, escuta e acolhimento (SILVA et al., 2017).

Dentro desta dinâmica do trabalho do psicólogo nesta área, realizamos uma pesquisa em um hospital público da cidade de Recife, fundamentado na Clínica da Atividade, focando na ampliação do poder de agir, que, segundo Clot (2010a), é a necessidade de assegurar aos trabalhadores a necessária margem de ação e os meios para agir nas situações de trabalho. A Clínica da Atividade é uma abordagem centrada numa perspectiva dialógica e do desenvolvimento no ambiente do trabalho. Ela parte de uma demanda de intervenção, que surge, muitas vezes, através de necessidades da própria organização de trabalho que solicita a intervenção de um psicólogo. Contudo, nesta pesquisa a demanda surge do próprio pesquisador, pois este trabalha como psicólogo hospitalar e vivencia algumas peculiaridades deste ambiente laboral, surgindo inquietações que, através desta pesquisa, tenta compreendê-las.

Clot (2010a) acrescenta que, para uma compreensão mais abrangente acerca da atividade de trabalho, é imprescindível considerar a totalidade das possibilidades elaboradas pelos trabalhadores em uma situação de trabalho, mesmo quando elas não alcançam a dimensão das ações. Assim, a atividade não é apenas o que se faz, mas também o que não foi feito, o que não se faz por querer ou poder, e ainda aquilo que se almeja fazer em outro momento.

Com isso, através da ressignificação e da possibilidade que o trabalhador tem de agir no trabalho, infere-se que pode haver a adoção de uma postura de bem-estar, visto que, para Clot (2010b), a saúde é conquistada no território da qualidade do trabalho, e não no da qualidade de vida no trabalho. Sua proposta é de rompimento com a nova “ortopedia social do trabalho” mediante um retorno ao real da atividade, que, segundo Clot (2007a), se refere à atividade do indivíduo sobre si mesmo, pois a atividade do trabalhador não é jamais uma mera reação. Ela é uma espécie de filtro subjetivo que proporciona um sentido para a vida do sujeito bem diverso daquele que lhe depositam as atividades de concepção. Nesse sentido, o trabalho pode proporcionar bem-estar para o profissional. Além disso, de acordo com Clot (2010a), o que traz sofrimento e adoecimento para o indivíduo é querer trabalhar e ser impedido de fazê-lo, onde o conceito de saúde e atividade laboral caminham lado a lado, sendo o sofrimento e a angústia inerentes ao impedimento do poder de agir.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), que integra a Organização das Nações Unidas, definiu em 1946 a saúde como um estado completo de bem-estar, físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. Diener (1984) elaborou a teoria do Bem-Estar Subjetivo, que se refere à avaliação que um indivíduo faz da sua satisfação geral com a própria vida e sobre a sensação de ter experimentado mais afetos positivos do que negativos durante toda a sua vida. O componente cognitivo é a capacidade de avaliação que o sujeito tem sobre a sua satisfação com a própria vida de uma forma geral.

Este bem-estar pode ser proporcionado ou verificado pelo foco em si mesmo, através da autoconsciência, mais especificamente nos seus tipos, que é a ruminação e a reflexão, que estão relacionadas na produção e percepção do bem-estar subjetivo. Por isso, nesta pesquisa, será verificado qual tipo de autoconsciência este profissional psicólogo, que cuida do paciente no contexto hospitalar e ressignifica o seu trabalho.

Acrescenta-se também que a autoconsciência é um processo de autofocalização, no qual o *self* tem a capacidade de refletir sobre si mesmo. Segundo Ross, Anderson e Campbell (2011), a autoconsciência é considerada como um marco fundamental no desenvolvimento humano, pois ela possibilita a diferenciação do indivíduo em relação a outras pessoas. Se não existisse o senso de distinção entre “eu e o outro” não seria possível a interação entre os indivíduos, não existiria a sensibilidade ao que o outro sente e pensa. Por essas razões, a autoconsciência é apontada como fundamental para a cognição social e a interação humana. Em um estudo comparativo realizado por Morin (1997), foi percebido que a constante exposição a estímulos autofocalizadores em estudantes universitários levou a um aumento nos níveis de

autoconsciência. Nesse sentido, a depender do tipo de autoconsciência, esta pode interferir positiva ou negativamente no bem-estar do psicólogo hospitalar.

Para ampliar a capacidade de entender os psicólogos hospitalares, nesta pesquisa, utilizou-se o conceito de sentido do trabalho, que para Wrzesniewski, Dutton e Debebe (2003), é o modo como os sujeitos entendem a sua experiência nas organizações, também sendo definido como o entendimento dos trabalhadores daquilo que eles fazem no trabalho assim como a relevância do que eles realmente executam.

Os sentidos do trabalho podem ser o núcleo dos significados que adquirimos ao longo do processo de socialização a que fomos submetidos, sendo que estes sentidos explicam o porquê trabalhamos, tendo um papel fenomenológico e existencial nas vidas das pessoas (BARROS; ÁLVARO; BORGES, 2018). O sentido apresenta-se como um aspecto afetivo-cognitivo que expressa nossa experiência pessoal na realização diária no âmbito do trabalho. Por isso, ampliando o panorama de análise, neste estudo também será verificado qual é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar.

Foi realizado um levantamento nos portais de busca da CAPES, Google Acadêmico e SCIELO, considerando o período de 2001 (ano em que a psicologia hospitalar teve o seu reconhecimento como especialidade) até o ano de 2021, com as palavras-chave Clínica da Atividade, autoconsciência, Psicologia Hospitalar e Sentido do Trabalho (com as quatro palavras de uma vez). Foram encontradas pesquisas com foco nesses objetos de investigação, a saber: Sentidos do Trabalho e Racionalidades Instrumental e Substantiva: Interfaces entre a Administração e a Psicologia (ANDRADE; TOLFO; TELLAGNELO, 2012), Religiosidade e o desenvolvimento da autoconsciência em universitários (NASCIMENTO; ROAZZI, 2017), A prática profissional de psicólogos em ambiente hospitalar (ANGELOCCI et al., 2020), Terapia Ocupacional e Clínica da Atividade: intercessões nos debates da atividade de formação (ROSA, 2017). Contudo, observa-se que não foram encontrados estudos com o enfoque que foi dado no presente estudo.

A compreensão da vivência dos psicólogos hospitalares dentro do contexto hospitalar, focando as suas controvérsias e questionamentos, poderá proporcionar um entendimento sobre as especificidades desta profissão. O intuito deste estudo é contribuir para o entendimento dos conceitos do poder de agir, autoconsciência, bem-estar subjetivo e o sentido de trabalho, onde o ambiente laboral é o ponto inicial para a compreensão das nuances do trabalho dos psicólogos hospitalares.

Com esta pesquisa, pretende-se favorecer a ampliação do entendimento sobre o trabalho do psicólogo hospitalar e, assim, poder beneficiar os pacientes, familiares, colegas de trabalho e o próprio profissional através da especificação da importância deste profissional no contexto hospitalar e as peculiaridades vivenciadas por eles.

Tendo em vista esse quadro contextual, o estudo procurou responder às seguintes questões centrais: Quais são os sentidos de trabalho do psicólogo hospitalar? Quais são os gêneros profissionais dos dois participantes? Quais são os estilos dos dois psicólogos? Existe alguma relação entre gênero e estilo? Os psicólogos entrevistados apresentaram poder de agir? Como se configuraram o poder de agir dos psicólogos? Quais são os fatores que influenciam os níveis de bem-estar dos psicólogos? Quais foram os tipos de autoconsciência dos psicólogos hospitalares? Assim, a presente pesquisa teve como objetivo geral investigar as relações entre a autoconsciência, o poder de agir, sentido de trabalho e o bem-estar na atividade laboral dos psicólogos hospitalares, e mais especificamente, buscou: (a) analisar quais são os sentidos de trabalho dos psicólogos hospitalares; (b) identificar o gênero profissional e o estilo dos psicólogos hospitalares; (c) analisar o poder de agir do psicólogo hospitalar no contexto de trabalho; (d) identificar o nível de bem-estar e os fatores que geram esse aspecto nos psicólogos hospitalares; (e) verificar os níveis e os tipos de autoconsciência entre os psicólogos hospitalares.

O trabalho foi elaborado em sete capítulos. O 1º capítulo intitulado “O psicólogo dentro do contexto hospitalar”, especifica o que é esta área dentro da psicologia, o seu desenvolvimento no Brasil e quais são as características do trabalho dos psicólogos hospitalares. Além disso, foi observado quais são os setores que estes profissionais podem trabalhar no hospital, além das modificações que surgiram com a pandemia. O 2º capítulo retrata “As bases epistemológicas da Clínica da Atividade”, sendo discutida, além da epistemologia que fundamenta esta abordagem, as suas bases teóricas, um breve histórico do seu surgimento no campo científico, bem como os principais conceitos que se utiliza para analisar os psicólogos hospitalares. O 3º capítulo se refere ao conceito da autoconsciência, as teorias, os tipos de autoconsciência e os principais estudos da área. O 4º capítulo trata do bem-estar subjetivo, os principais teóricos e os aspectos do bem-estar. O 5º capítulo trata dos “Sentidos do trabalho e suas nuances”, focando na base epistemológica do conceito de sentido, os principais autores, o sentido no âmbito laboral e a importância para o profissional, além da descrição de alguns estudos realizados no Brasil. No capítulo da “Metodologia” são abordados os itens “Desenho da Pesquisa (tipo de estudo)”, “Local da pesquisa”, “Participantes”, “Seleção

dos Participantes”, “Instrumentos de Construção de Dados” e “Procedimentos para construção dos dados”. O capítulo “Análise e interpretação dos dados” contém o “sentido do trabalho para estes mesmos psicólogos”, “Aspectos Correlacionais e os Seus Significados”, “Análise da Clínica da Atividade dos Psicólogos Hospitalares do hospital estudado”. Por fim, apresentam-se a “Discussão Geral” e a conclusão, que buscou sintetizar o que foi obtido com esta pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O PSICÓLOGO DENTRO DO CONTEXTO HOSPITALAR

O hospital é uma instituição construída e mantida com suas normas, arquitetado com a finalidade de tratar doenças. Contudo, é perceptível que nem sempre este ambiente leva em consideração as necessidades biopsicossociais do enfermo. Quando ocorre a hospitalização, concomitante a isso surge uma interrupção do ritmo de vida. Estar hospitalizado pode trazer a significância de recolher-se em um ambiente ameaçador, em que muitas vezes é por uma situação emergencial, sob um clima de medo, sendo uma experiência desagradável (LIMA, 2011; MARLENE; GALERY, 2011). Por isso, é um desafio para o psicólogo hospitalar adentrar em um contexto em que se predomina o olhar biomédico, onde há limites institucionais regidos por regras, além disso, o trabalho deste profissional geralmente é limitado nesta instituição, pois a ausência de uma estrutura física para o atendimento faz com que impossibilite um espaço de cuidado (CHIATTONE, 2011).

Simonetti (2013) cita que o hospital é um ambiente que tem a capacidade de anular a individualidade do enfermo ali presente, onde suas vontades são ignoradas, tornando assim apenas um objeto da prática médica. Por isso, o indivíduo hospitalizado entra em um processo de despersonalização, em que não é mais chamado pelo seu nome, mas pelo número de seu leito, em que deixa de ter seu significado próprio como sujeito para significar a partir de sua patologia. O estigma de doente sobre o sujeito acarreta uma total reformulação na sua relação com o mundo. Além disso, a despersonalização também advém da fragmentação a partir de diagnósticos muito específicos, por não abordarem o sujeito como um todo, reduzindo-lhe a um sintoma (ANGERAMI-CAMON, 2010).

A humanização hospitalar está relacionada ao respeito que se deve ter com o paciente que é submetido a incessantes procedimentos que podem ser abusivos e invasivos. A humanização hospitalar, mais que uma própria atitude do profissional de saúde, diz respeito à instituição que deve possuir uma filosofia voltada ao processo de humanização, que necessariamente seja eficaz em diversos âmbitos relacionais, tanto na comunicação entre profissionais quanto com os próprios pacientes. Essa relação entre pessoas é importante para o estabelecimento de uma relação profissional e humanizada que acaba por significar tanto o paciente quanto o profissional de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2010; BACKES, LUNARDI; FILHO, 2006).

Ainda segundo Backes, Lunardi e Filho (2006), o processo de humanização depende da compreensão da condição humana que cada sujeito tem do outro, englobando vários aspectos como o respeito pela condição do sujeito, suas peculiaridades, atitudes, desejos, crenças e, claro, os sentimentos. Esta filosofia humanizada deve fomentar as relações profissionais saudáveis, a aceitação daquilo que é diferente e até mesmo seus limites profissionais.

O termo Psicologia Hospitalar é uma especificidade do Brasil, pois em outros países fala-se de Psicologia da Saúde. A Psicologia da Saúde é uma área dentro da Psicologia que consegue abranger os três níveis de atenção em saúde, que inclui o psicólogo na equipe multidisciplinar, com o intuito de entender os aspectos relacionados à saúde e à doença. Dentro deste ponto de vista, a área da Psicologia Hospitalar é um desdobramento da Psicologia da Saúde, configurando-se como um campo de atuação (RUDNICKI; SCHMIDT, 2015).

Segundo Yamamoto e Cunha (1998), o exercício profissional no ambiente hospitalar deveria ser considerado como uma vertente da área da saúde. Para estes autores, o trabalho realizado nesta instituição poderia estar situado dentro da perspectiva da Psicologia da Saúde, entendida em termos mais amplos sem enquadrá-la nos limites de uma especialização. Consequentemente, esse aspecto proporcionaria a formação profissional de psicólogos com relação à necessidade de uma instrumentalização técnica mais adequada, tomando por base os melhores aportes teóricos.

A Psicologia Hospitalar iniciou seus trabalhos no Brasil na atuação de Mathilde Neder na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da USP, no início da década de 50. Esta psicóloga acompanhou e deu suporte psicológico a crianças que realizavam cirurgias e a seus familiares, tornando-se a precursora no desenvolvimento da psicoterapia breve no país (NEDER, 2005). Para Angelocci (2020), a inserção do psicólogo na instituição hospitalar ocorreu na medida em que se formou um novo paradigma para a assistência à saúde, fruto da ampliação do modelo de saúde pública com a criação do Sistema Único de Saúde. Esta incorporação ampliou a visão do objeto, de um corpo tratado estritamente do ponto de vista organicista para um indivíduo que possui uma história individual. A ampliação desse pressuposto implica a articulação de recursos inovadores para a atenção em saúde, dentre eles a participação do psicólogo na saúde mental nas práticas assistenciais junto à equipe multiprofissional.

Em congruência com esta inserção do psicólogo no hospital, a Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 013/2007 sobre o trabalho do psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar define este profissional como aquele que exerce sua função em instituições de saúde em nível secundário e terciário com o objetivo de (a) realizar o acompanhamento de intercorrências psíquicas dos enfermos que estão submetidos a procedimentos médicos, com o intuito de proporcionar a promoção da saúde física e principalmente a mental (CFP, 2007); como também de (b) atuar na mediação da relação entre paciente, familiares e equipe médica. Para o CFP, o psicólogo hospitalar tem a função de prestar atividades de atendimento psicoterapêutico, dinâmicas de grupos e grupos de psicoprofilaxia; sendo que podem ocorrer nos setores do ambulatório; da unidade de terapia intensiva (UTI) e nas enfermarias.

Os psicólogos hospitalares lidam com aspectos que são naturais no decorrer da vida das pessoas, como os processos de adoecimento e morte. Observa-se também que há uma multiplicidade de práticas oriundas de teorias psicológicas variadas, permitindo ao profissional diversas formas de atuação, ampliando as suas possibilidades no atendimento às demandas (RAMOS, 2018; AZEVEDO; CREPALDI, 2016). Para Porcino (2020), o trabalho do psicólogo hospitalar tem o objetivo de atender à tríade paciente-família-equipe, acrescentando que o processo de avaliação dos aspectos psicológicos está voltado para terapias de apoio, acompanhamento psicológico e escuta psicológica focal.

O psicólogo hospitalar é um profissional privilegiado dentro da equipe de saúde, pois detém recursos para lidar com diversas questões de ordem psicológica. Por isso, é necessário que este profissional aproveite as supervisões de casos, a literatura e a psicoterapia para prepará-lo no que se refere ao impacto da morte em sua própria existência, assim como o significado da morte em seu contexto laboral. É válido que os psicólogos recorram a esses recursos para desenvolverem-se pessoal e profissionalmente, a fim de lidar com a morte e com o fim da vida dele e do paciente (MEDEIROS; LUSTROSA, 2011).

De Figueiredo e Figueiredo (2018) afirmam que a formação do psicólogo hospitalar perpassa pela residência em psicologia, além da necessidade da complementação do conhecimento com cursos de formações relacionado ao ambiente hospitalar. Mas, nota-se que há uma defasagem na quantidade de programas de ensino voltados para este ramo de atuação da psicologia. Além disso, as residências apresentam poucas vagas para os psicólogos e não suprem as necessidades de formação.

Na visão de Melo (2015), a fragilidade no processo de adoecimento faz com que o psicólogo hospitalar proporcione um papel primordial dentro das equipes, em que os avanços tecnológicos são considerados como a causa da desumanização deste ambiente, impondo uma necessidade da mudança na relação equipe/paciente. O psicólogo tem a capacidade de realizar essa interligação, pois agrega em sua atuação alguns aspectos emocionais que contribuem nos modos de enfrentamento frente ao processo de adoecimento. Para Simonetti (2013), o adoecer e o período de internação marcam uma ruptura com o curso da vida de qualquer paciente, inclusive nas formas de relação com familiares e nas outras áreas, como o trabalho. Por isso, cabe ao psicólogo proporcionar uma intervenção sobre os efeitos do adoecer, como a sua possível interferência no aspecto psicológico do paciente. Compreender quem é o enfermo vai muito além de saber o nome, qual é a doença orgânica ou qual o procedimento médico foi realizado. É preciso uma formação técnica para poder saber qual sofrimento daquele que sofre em uma outra ordem de dor.

Para Merhy e Feuerwerker (2016), o trabalho em saúde ocorre com o encontro do profissional e do usuário, com a intenção da produção do cuidado. Porém, ao tomar como base para reflexão os atuais serviços de saúde existentes, a produção de cuidado nem sempre é evidente. Contudo, pensar sobre as ações de prevenção e promoção em saúde associadas à autonomia é ter a consciência que o sujeito do processo terapêutico é o enfermo que se encontra em busca de tratamento. Os profissionais de saúde podem se colocar como mediadores no processo terapêutico; porém, os enfermos enquanto indivíduos podem ser incentivados a se tornarem ativos e corresponsáveis pelo processo saúde-doença durante o processo de internação (SOARES, 2017).

No hospitalar, o profissional psicólogo avalia o estado emocional e efetua a intervenção psicológica em conformidade tanto para os pacientes quanto para os seus familiares, esclarecendo as suas dúvidas e temores. Não se pode perder de vista a relevância afetiva da família, pois representa os vínculos que o enfermo mantém com a vida e geralmente é uma força de motivação para o paciente na situação de adoecimento. O psicólogo também avalia as crenças distorcidas que os familiares têm em relação ao quadro clínico do próprio paciente e a relação deste e da família com a equipe profissional, pois esses fatores influenciam no tratamento e na recuperação (BORGES, 2018).

Para Kupermann (2016), o psicólogo precisa estar ciente que o processo de adoecimento pode ser analisado por três tempos. Em um 1º tempo o paciente apresenta um sofrimento inédito, para o qual não há um repertório simbólico capaz de auxiliá-lo a promover sentido para

esse momento de vulnerabilidade. No 2º tempo, este enfermo se permite testemunhar seu sofrimento na presença de um outro confiável. O 3º tempo ocorre quando este outro não está disponível para escutar o sofrimento do adoecido, porque é remetido (o outro) a um estado de impotência tão aguda que converte o indizível da dor do enfermo em inaudível. É o tempo da indiferença desautorizadora. Para Pregnoatto e Agostinho (2003), como algumas das funções do psicólogo no hospital é o bem-estar do paciente em situação de enfermidade, citamos a importância da assistência psicológica que influencia na sua estabilidade emocional e na adaptação do paciente ao processo de hospitalização. Na avaliação do enfermo, deve-se atentar para as reações emocionais diante da doença, no seu entendimento do diagnóstico ou de como será o tratamento.

A situação de internação em um hospital é vivenciada por cada paciente de forma única. Conhecer quem é o paciente, se há um amparo familiar e outros aspectos a respeito do indivíduo se torna vital para o cuidado dele. A psicologia junto à equipe multiprofissional atua nesse sentido com o paciente hospitalizado, em que objetiva promover uma atenção que considere o lado humano e as emoções envolvidas nesse processo de adoecimento (DIAS et al, 2020). Alguns estudos mostram a relevância do psicólogo hospitalar na equipe multiprofissional (SASAKI, 2020; WILD, BOWDEN; BELL, 2003; TONETTO; GOMES, 2017; FENDER; MORETTO, 2020), além de haver uma reflexão na atuação do psicólogo hospitalar no sofrimento para além do corpo doente (DURÃO, 2015).

Ainda dentro da discussão sobre a equipe hospitalar, vale comentar a pesquisa realizada por Silva (2019), com 153 participantes, com o objetivo de investigar como é vista a prática do psicólogo hospitalar no pronto-socorro de um hospital de urgências sob a ótica de psicólogos, médicos e enfermeiros, utilizando o método de entrevista breve estruturada. Perceberam-se discrepâncias na compreensão sobre o atendimento específico da psicologia na equipe multiprofissional, bem como o desconhecimento sobre a prática do psicólogo. Mas, sobre as atividades de atendimento ao paciente e familiares, na mediação e no trabalho multidisciplinar, foi notado um conhecimento partilhado pela equipe médica e de enfermagem acerca das atribuições do psicólogo neste setor hospitalar.

Em um estudo, Queiroz et al. (2020) salientam a necessidade de que os atendimentos psicológicos realizados no contexto dos hospitais devem abranger os três pilares, que são os pacientes, os familiares e a equipe de saúde. Para tanto, o psicólogo pode contribuir no acolhimento aos aspectos que afetam o enfermo, proporcionando conhecimentos necessários sobre o processo de internação em um hospital, além de promover com o enfermo formas de

lidar com os sentimentos negativos decorrentes do processo de adoecimento (GUSTAVO; WAGMAKER, 2017).

Para Cardoso (2017), a atuação do psicólogo hospitalar diante do paciente

tem como objetivo principal fazer com o que o paciente expresse suas emoções, fale de seus medos e angústias, coloque-se como sujeito ativo e participante do seu processo de adoecimento e com isso possa simbolizar e elaborar, através da palavra, a experiência do adoecer da melhor forma possível. A necessidade dessa dinâmica interdisciplinar e humanizadora está cada vez mais difundida na prática hospitalar, onde a capacidade de observar o sujeito como totalidade é essencial e inerente ao trabalho compartilhado com os outros membros da equipe envolvidos no tratamento. Isso é ainda mais relevante no caso das crianças, que demandam uma atenção emocional especial. Por fim, é importante lembrar que mesmo diante de todos os esforços na humanização do ambiente hospitalar e no atendimento ao paciente hospitalizado, não há como a criança deixar de passar por situações e sensações que são intrínsecas à hospitalização e deverão passar por processos de elaboração (CARDOSO, 2007, p.40).

Assumir que o real aprendido foi aquele ocorrido com o paciente em sua vivência imerso em seu leito é um aspecto positivo que a classe dos psicólogos hospitalares conquistou. Não há um desprezo ao aprendizado acadêmico, contudo, enfatiza-se que se aprende apreendendo a angústia e os sentimentos do paciente no ambiente hospitalar (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Por isso, a prática do psicólogo é diversa em sua atuação. Muitos fatores influenciam na maneira com que o psicólogo hospitalar intervém na assistência ao enfermo, como, por exemplo, a abordagem teórica deste profissional, o tempo de formação, a formação continuada em cursos de especialização ou residência na área hospitalar. Por isso, é preciso verificar qual é o perfil do paciente - idade, diagnóstico, entre outros fatores - e como reage à experiência de adoecimento, colaborando para uma visão mais abrangente do sujeito (DE FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2018).

Por outro lado, como ressalta Drane (2014), existe uma tendência da equipe de saúde, em especial, nas unidades de terapia, perceber o enfermo apenas em sua doença, deixando de lado os processos subjetivos, que poderiam ser valorizados por meio de um olhar de modo integral para o sujeito em questão. Por isso, a falta de humanização nos processos de cuidado a pacientes terminais desperta interesse sobre os sentimentos experienciados por aqueles que estão na linha de frente deste tipo de demanda. Vale notar que surgiu a Psicologia Intensiva, com a necessidade de reflexão sobre o atendimento psicológico ao paciente grave, reconhecendo as dificuldades no processo do tratamento invasivo em que a pessoa se submete

para garantir a sua sobrevivência. A inserção da Psicologia Intensiva nas UTI's tem a intenção de proporcionar um apoio psicológico ao paciente crítico e à sua família, além de um subsídio à equipe interdisciplinar no sentido de proporcionar a todos uma percepção das dimensões biopsicossociais da saúde, do adoecer e da morte de forma humanizada (GUSMÃO, 2012). Para Da Silva (2017), além das informações supracitadas, o psicólogo hospitalar pode atuar junto aos atores envolvidos no processo de hospitalização na UTI com o fim de informar as rotinas deste local e motivar o contato do paciente com a família e equipe, facilitando a comunicação entre essas partes.

O psicólogo hospitalar pode ter também a função de realizar a formação de grupos em um espaço de expressão dos sentimentos, minimizando o impacto emocional. Sobre as equipes de saúde, o psicólogo hospitalar pode sistematizar a realização de grupos operativos, em que tem a possibilidade de realizar uma formação especificando o papel de cada profissional, além de atividades que possam levar à diminuição do estresse (CHIATTONE, 2011).

Com a pandemia, ocorreu uma significativa transformação na situação dos brasileiros e no cotidiano dos profissionais da saúde, os quais tiveram que ficar na linha de frente do combate ao novo coronavírus. Consequentemente, houve a necessidade de implantação de salas destinadas ao tratamento específico de COVID-19. Devido a essas mudanças, ocorreu também transformações no papel da Psicologia Hospitalar (DA SILVA, 2020). Para Duan Li (2020), a crise pandêmica gerada pelo COVID-19 alterou a rotina de pessoas e grupos, interferiu na qualidade de vida, além de mexer na forma de agir das pessoas de todas as faixas etárias. Segundo Serafim et al. (2020), na pandemia, a atenção psicológica hospitalar é um fator de proteção para a saúde mental da equipe multidisciplinar, para pacientes e familiares que apresentam quadros reativos ao COVID-19 e outras patologias. Portanto, a Psicologia Hospitalar se encontra em uma nova realidade decorrente da pandemia do coronavírus. Ser psicólogo hospitalar na atualidade torna-se um desafio, pois a formação em Psicologia é carente de pesquisa e atuação no que diz respeito à intervenção psicológica na morte e no processo de luto; nas emergências e desastres; e nas novas modalidades de atendimento, a se destacar o atendimento não presencial (GRINCENKOV, 2020).

Neste novo contexto epidemiológico, o psicólogo objetiva, no trabalho com usuários e familiares, oferecer suporte durante o enfrentamento ao isolamento proporcionado pela COVID-19, pois o apoio familiar neste momento de diagnóstico e tratamento é relevante. A Psicologia Hospitalar deve proporcionar o contato virtual entre paciente e família, minimizando

o desamparo vivenciado pelos pacientes. Além disso, tem a intenção de trabalhar os sentimentos decorrentes da experiência de contato próximo com a morte, comuns em situações de enfermidade, em especial, às vítimas da pandemia e seus familiares, pautando-se em evidências científicas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020).

Vale destacar que o Conselho Federal de Psicologia (2020) vem autorizando o atendimento on-line para que psicólogos prestem serviços virtualmente no sentido de se resguardar e contribuir para os processos preventivos. Por isso, inúmeros psicólogos - incluindo os psicólogos hospitalares - vêm realizando, diante deste compromisso ético, o atendimento virtual aos pacientes e familiares, pois o isolamento social pode ter impactos importantes à saúde mental.

Pela importância da função do psicólogo hospitalar elencada nos parágrafos anteriores, a pesquisa, a análise e o estudo de como está se configurando essa especialidade através da opinião e vivência dos próprios profissionais, servem para que consigamos melhorar a sua satisfação no trabalho; e concomitante a isso, ter um aprimoramento na qualidade dos atendimentos aos pacientes e familiares. E esse aprimoramento está relacionado ao conceito do poder de agir, dentro da Clínica da Atividade (CLOT, 2010a) que enfatiza que o trabalho não é uma simples tarefa para o psicólogo hospitalar, mas é evidentemente uma atividade constante de reinvenção, que dentro do Hospital, por toda a sua dinâmica, exige deste profissional ao mesmo tempo uma adaptabilidade e um constante aprendizado.

2.2 AS BASES EPISTEMOLÓGICAS DA CLÍNICA DA ATIVIDADE

Bendassolli e Soboll (2011) afirmam que as perspectivas psicológicas que são utilizadas para analisar o mundo do trabalho são diversas, podendo identificar abordagens cognitivas, sociais e clínicas. A abordagem cognitiva foca na forma com que os profissionais elaboram as informações que recebem no ambiente de trabalho e a atividade que estão designadas a realizar. A psicologia social do trabalho articula o trabalho a processos sociais como estruturas de poder, organizacionais e representações sociais. E as clínicas do trabalho estudam a relação do trabalho com a subjetividade do trabalhador e as situações de vulnerabilidade no trabalho expressadas pelo sofrimento.

Neste trabalho, focaremos nesta última perspectiva, com ênfase na Clínica da Atividade, que é a denominação escolhida por Clot para o método desenvolvido por ele e sua equipe no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), em Paris, onde as suas bases de reflexões vieram das contribuições da chamada Psicologia Sócio-histórica de Vygotski e Leontiev, além daquelas advindas dos estudos de Bakhtin em torno da análise do discurso (LIMA, 2007). A Clínica da Atividade busca compreender as relações entre a tarefa, a atividade realizada e o real da atividade, o caminho de conflitos e decisões que se interpõe entre a prescrição e o que ocorre na realidade do trabalho (OSÓRIO, 2005). Segundo Clot (1997), a atividade realizada é uma provação subjetiva mediante a qual o indivíduo avalia a si próprio e aos outros para ter a oportunidade de vir a realizar o que deve ser feito.

De acordo com Clot (2017), dentro da psicologia do trabalho, a Clínica da Atividade é uma metodologia de ação para mudar o trabalho, propondo meios de agir sobre as relações entre atividade e subjetividade, e sobre o sujeito e o coletivo. Para Conceição e Rosa (2017), a Clínica da Atividade despontou na década de 90 na França, sendo uma perspectiva de intervenção sobre o ambiente laboral. Na Clínica da Atividade, o trabalho exerce uma função psicológica, em que pode ser fonte de saúde ou adoecimento para o trabalhador. No Brasil, esta abordagem tem sido utilizada em diversos grupos de pesquisa e a tomam como ferramenta para as suas práticas de intervenção em diversos ramos profissionais. Portanto, está havendo uma construção com a Clínica da Atividade de um campo coeso que tem dado sentido à prática universitária de pesquisa, ensino e extensão dentro da psicologia.

A Clínica da Atividade também agrega herança na Ergonomia, que é a ciência que investiga a relação entre o sujeito e o trabalho que este executa, objetivando favorecer as condições de adaptação do trabalho e o desempenho de um sistema. A Ergonomia da Atividade foi criada na Europa numa época que havia uma preocupação com o social, em pleno século XX. Desde o primórdio, ela esteve articulada com o movimento operário, transformando as situações laborais e atendendo às demandas sindicais com a intenção de promover a melhoria das condições de trabalho (MUNIZ OLIVEIRA, 2015).

Para Guérin et al. (2001), na Ergonomia há uma contraposição entre tarefa e atividade. A tarefa refere-se à orientação dada ao trabalhador para delimitar as suas atribuições e como deve proceder para realizá-las. Desenhada pela organização, a tarefa antecipa as condições de que o trabalhador detém para conseguir atingir um resultado preestabelecido. Por isso, há uma alienação no que se refere ao que ele deve se submeter para viabilizar sua ação. Segundo Pinheiro (2016), essa antecipação não traduz a realidade que o sujeito vai se deparar, pois a tarefa é aceita a partir das características da população, sendo que há diferenças entre os perfis

dos trabalhadores. Acrescenta-se as variações presentes nas matérias-primas, no uso do maquinário, além de imprevistos, bem como aspectos que ultrapassam o campo mais restrito do ambiente laboral, tais como condições sociais e econômicas que compõem o contexto de desenvolvimento dele. Vê-se que a presunção do resultado é uma ficção que se espera obter em situações ideais. Ressalta-se que a tarefa é essencial, pois é ela que dá a permissão para o trabalhador agir. Sem uma definição da tarefa, impõe-se ao trabalhador uma paralisia que o impede de prosseguir os cursos que sua ação deve caminhar.

Diferentemente da perspectiva da Ergonomia, para Clot (2007b), é relevante manter a ideia de “clínica” ao lado da ideia da “atividade”, “clínica da atividade”, porque não é possível tratar da atividade sem tratar da subjetividade. Então, usa-se o termo “clínico” do ponto de vista do trabalhador sobre o engajamento, do lado da experiência vivida, do sentido do trabalho. Segundo Borges (2004), a Clínica da Atividade dá um passo adiante dos ergonômicos da análise da atividade de trabalho, pois a Ergonomia, ao se aproximar da atividade de trabalho em situações reais, entendeu que a atividade realizada corresponde à atividade de trabalho esperada, fixada por regras, orientada por objetivos determinados (ao prescrito), pois, ao realizar a tarefa, o sujeito se encontra diante de várias fontes de variabilidades, como pausas, fadiga, experiência.

Já a Clínica da Atividade consegue visualizar que a atividade a que se refere a Ergonomia, aquela que se traduz nas interações do trabalhador com seu objeto de trabalho, não corresponde a tudo que se passa no decurso da ação do sujeito, denominando-se "atividade realizada". Soma-se a ela o real da atividade, no qual se fazem presentes todas as possibilidades não efetivadas, as quais o sujeito tem que manejar. A existência desse devir da atividade, desses caminhos possíveis e que não são explorados, faz com que se possibilite o seu desenvolvimento (CLOT, 2007a).

Na análise que realiza do trabalho, a Clínica da Atividade, utilizou o conceito dos gêneros discursivos. Bakhtin (1997) define os gêneros discursivos na perspectiva de que a atividade humana é repleta do emprego dos enunciados que proporcionam efetividade ao uso da língua. Cada setor em que é realizada uma atividade proporciona uma constituição específica do enunciado, bem como determina sua finalidade, onde este é formado, de maneira indissolúvel, pelo assunto sobre o qual se fala, quais recursos da língua são empregados e o modo como esses recursos constroem uma formação específica. Os gêneros do discurso são enunciados estáveis construídos pela língua, que é utilizado individualmente, e que a depender do contexto, pode ser utilizado de diversas formas e maneiras.

De acordo com Bakhtin (1997), as diversas formas de atividade humana possuem repertórios variados de gêneros, cujas facetas se ampliam à medida que a própria atividade é desenvolvida, tornando-se mais complexa. Na clínica da atividade, Clot (2010a) adapta a discussão iniciada por Bakhtin ao aprofundar as diferenças e dependência entre gêneros profissionais - que envolve as “obrigações” compartilhadas pelos que trabalham -, e o estilo individual que é a transformação dos gêneros na história real das atividades (subjetivo), em que o trabalhador percebe a importância tanto deste coletivo profissional (gênero) quanto do seu modo particular de trabalho (estilo).

Além das formas gramaticais, os gêneros discursivos organizam nossa fala. Estes gêneros são emprestados para que o trabalhador seja capaz de falar e ser entendido pelos outros. Vale notar que, para essa perspectiva, a fala não é um ato puramente individual oposto à língua como fenômeno social (CLOT, 2010a). Para este autor, de forma similar, entre a tarefa - que é aquilo que se deve ser feito - e a atividade - que é o que se faz -, interpõem-se gêneros profissionais que seriam as culturas de trabalho tácitas, através do processo de construção de um coletivo, tendo a capacidade de guiar a atividade do sujeito. Clot (2010a) chama de gênero profissional e que surge no contexto de trabalho na forma de prescrição coletiva, de prescrição de origem interna, formulada entre os próprios trabalhadores, obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, seriam as maneiras de realizar a atividade situada no tempo, assumindo um caráter histórico e transitório.

Outros dois conceitos que é válido ser analisado são a atividade e tarefa. A tarefa indica o que se tem a fazer, estando vinculada à de prescrição. Assim, por prescrição depreende-se aquilo que se tem por fazer e a atividade, o que se faz, que está associada ao que se põe em jogo para executar as prescrições. Amigues (2004) relaciona a tarefa às prescrições ao afirmar que esta diz respeito ao que o indivíduo deve fazer, podendo ser descrita objetivamente. Já a atividade pode ser inferida a partir do que se observa diretamente, visto que a atividade corresponde ao que esse faz para executar a tarefa, sendo este um processo mental.

Não há linguagem de um lado e atividade de outro, pois a linguagem está na atividade e a atividade está na linguagem, assim, ambas se encontram mescladas e inseparáveis (CLOT, 1998). Os estudos da linguagem têm uma contribuição fundamental a dar para os estudos da atividade, dentro da Clínica da Atividade (DE LIMA, 2013). Para Vygotski (2001), existe uma relação entre a linguagem e o pensamento, com a linguagem exercendo a função da

regulação; o pensamento, além de reflexo da realidade, também é um fenômeno de organização da experiência, que se apoia na linguagem.

Vygotski (2001, p. 104) refere-se à indissociabilidade entre pensamento e linguagem, afirmando que

O significado de uma palavra representa um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem, que fica difícil dizer se trata de um fenômeno da fala ou de um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado, portanto, é um critério da palavra, seu componente indispensável. Pareceria, então, que o significado poderia ser visto como um fenômeno da fala. Mas, do ponto de vista da Psicologia, o significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito. E como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos do pensamento, podemos considerar o significado como um fenômeno do pensamento. Daí não decorre, entretanto, que o significado pertença formalmente a duas esferas diferentes da vida psíquica. O significado das palavras é um fenômeno de pensamento apenas na medida em que o pensamento ganha corpo por meio da fala, e só é um fenômeno da fala na medida que esta é ligada ao pensamento, sendo iluminada por ele. É um fenômeno do pensamento verbal, ou da fala significativa – uma união da palavra e do pensamento.

É importante ressaltar que o significado é um fenômeno compartilhado socialmente, assim como o conceito é culturalmente construído. Observa-se que os pensamentos, os significados das palavras e o próprio desenvolvimento surgem nas inter-relações entre as pessoas. O desenvolvimento do indivíduo é um processo construído nas e pelas interações que o indivíduo estabelece no contexto histórico e cultural em que está inserido. A construção do conhecimento ocorre a partir de um intenso processo de interação social e é a partir da inserção cultural que o sujeito vai se desenvolvendo, onde as interações sociais são responsáveis pela aquisição do conhecimento construído ao longo do tempo.

E a constituição social do sujeito, que surge através das interações sociais, relaciona-se com o real do trabalho quando proporciona ao trabalhador o desejo de executar determinada ação no ambiente de trabalho, baseando-se na sua história de vida. Por isso, o real do trabalho relaciona-se às atividades possíveis e impossíveis e aparece como fonte de desenvolvimento do trabalhador, sendo mais que a atividade realizada, pois tem a capacidade de incluir aquilo que não foi feito, mas que o trabalhador desejava realizar. Já o trabalho realizado é aquilo que se pode ver, observar e descrever, contudo corresponde apenas a uma mínima parte da atividade. Clot (2010a) afirma - baseando-se em Vygotski - que a atividade realizada é a que ganhou entre outras opções que poderiam ter existido. Na tentativa de compreensão do real da atividade, Clot faz uma releitura do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), em que a ZDP não busca levar o trabalhador ao que foi previsto, porém objetiva despertar da atividade impossível, possibilitando-o ver possibilidades não realizadas (CLOT, 2006b).

Além disso, Clot (2007a) tem a compreensão que a subjetividade humana deve ser estudada a partir da revisão do conceito de atividade, baseando-se na Teoria da Atividade de Leontiev, que é reconhecida como uma relação entre o real, o realizado e a ação do sujeito sobre si, sobre o objeto e sobre o outro. Segundo Leontiev (1978), a atividade é um processo que é dirigido por um motivo, aquele no qual uma ou outra necessidade é objetivada.

Leontiev (1983) no que se refere as relações psicológicas do esquema da atividade, ampliou o modelo criado por Vygotski para um sistema coletivo de atividade em que as ações das pessoas e grupos estão incluídas. Leontiev compreende que a Teoria da Atividade tem a capacidade de explicar os problemas do desenvolvimento da mente humana. A estrutura da atividade constitui-se das necessidades humanas e dos seus motivos. Pela atividade, o homem produz e é produzido pelo mundo. Segundo Leontiev (2006), atividade designa os processos que satisfazem a sua própria necessidade correspondente, por outro lado, outros processos que não atendem a esse princípio são por ele denominados de ações e operações. As atividades são os processos psicologicamente efetivados por aquilo a que o processo se dirige, coincidindo com o objetivo que estimula o trabalhador a executar essa atividade. Isso distingue a atividade do processo chamado ação. Uma ação é um processo em que o motivo não coincide com seu objetivo, mas tem a capacidade de residir na atividade da qual a ação faz parte. Por outro lado, as operações são o modo de execução. São determinadas pela tarefa e representam o modo da ação.

Assim, Clot (2007a) critica as concepções que opõem subjetividade e atividade, e faz a proposta de uma solução dialética para ambas. E a partir do pressuposto de Leontiev, Clot afirma que é por essa razão que um objetivo prescrito pode ver-se subvertido e um signo pode ser alterado para não ficar restrito somente ao âmbito laboral, mas abrangendo a família e as outras ocupações da pessoa. A ressignificação da atividade pelo trabalhador proporciona o poder de agir no profissional, ampliando o sentido do trabalho.

Para a Clínica da Atividade, fica evidenciado que a partir da apropriação dos recursos para a ação elaborados no coletivo ocorre o desenvolvimento do poder de (re)criação no meio de trabalho. Observando que os processos de desenvolvimento de meios de ação não são diretamente observáveis, utilizam-se métodos indiretos de análise. A análise ocorre a partir de marcas do trabalho, que podem ser falas e/ou imagens registradas em áudio, vídeo, fotografias ou outros modos de registro que vierem a ser propostos (SOUTO; LIMA; SILVA, 2015). O método indireto foi proposto por Vygotski e é utilizado por Clot. Para Vygotski (1982), a

interpretação é a base do método indireto. Por isso, para a Psicologia, a interpretação não é só uma amarga necessidade, mas um modo de conhecimento libertador. O desenvolvimento histórico da produção teórica de Vygotski é a expressão dessa tentativa de criar uma Psicologia interpretativa do homem e não simplesmente descritiva. Vale observar que o seu processo de investigação se direciona no movimento de criação de metodologias que tinham como propósito a objetivação dos processos subjetivos, internos.

O método busca a gênese, o processo e a questão histórica, possibilitando a investigação e a compreensão do desenvolvimento psicossocial do sujeito. Vygotski (1998) afirma que um dos problemas mais relevantes de todo empreendimento é a procura de um método para conseguir compreender as formas caracteristicamente humanas de atividade psicológica. Assim, o método torna-se pré-requisito e produto e ao mesmo tempo, o instrumento e o resultado do estudo. A Psicologia estuda fenômenos que não podem ser observados diretamente como a consciência, os pensamentos e as emoções. Por isso, Vygotski (1999) tinha a compreensão de que só poderia ser pesquisado o objeto de conhecimento da Psicologia através de métodos indiretos, considerando que a interpretação seria um elemento incontornável da investigação. A questão consistiria em saber como interpretar os “vestígios” da Psicologia (VYGOTSKI,1999). Ao transpor os termos de Vygotski para a Clínica da Atividade, entende-se que o real da atividade, isto é, “aquilo que não se faz”, que “não se pode fazer” e que “se busca fazer sem conseguir” (CLOT, 2006a), não é observável e alcançável diretamente, sendo necessário um método indireto para acessá-lo.

E esse método indireto utilizado dentro da Clínica da Atividade ajuda a analisar alguns conceitos, como o gênero profissional. Somados às prescrições da organização, existem vários acordos implícitos que os indivíduos realizam, sendo transmitidos entre os membros do grupo. Essas combinações dão suporte à atividade dos profissionais e determinam os modos característicos de agir do grupo. A organização do trabalho dá o arcabouço inicial pelo qual o trabalhador se guia e é revertida perante as contingências impostas pela situação de trabalho experienciada. O gênero profissional compõe a história transpessoal do coletivo de trabalho, em que promove normas que guiam a ação, uma história que não é somente dos indivíduos participantes, porém a história de um ofício (*métier*) que não pertence a ninguém individualmente, mas pela qual todos se sentem responsáveis (CLOT, 2011; PINHEIRO, 2016).

As contribuições da Clínica da Atividade se demonstram de suma importância para a prática da pesquisa com os trabalhadores, adotando o conceito de gênero do *métier*, sendo

chamada de gênero de atividade (CLOT; FAÏTA, 2017), que se preocupa em entender os aspectos da transformação do trabalho. Segundo Clot (2007b), o trabalho é uma atividade em que a sociedade não poderá prescindir. Ainda de acordo com este autor, o trabalho é um gênero de atividade de relevância na constituição da subjetividade, pois está vinculado ao sentimento de utilidade social.

Batista (2015), referente ao conceito de gênero profissional dentro da Clínica da Atividade, afirma que os coletivos profissionais são chamados para uma reorganização da tarefa, uma recriação da organização pelo trabalho coletivo, que é ao mesmo tempo a construção do gênero profissional, instrumento que resguarda a história coletiva de um meio profissional. Não é possível ensinar o gênero profissional, porque é apreendido na prática por meio da realização coletiva da atividade. Além disso, o gênero profissional prepara a ação futura por meio de esquemas genéricos a ele inerentes para enfrentar o real, delimitando as fronteiras do que é aceitável, o que deve ser feito, o que deve ser dito na realização da atividade pelo trabalhador.

Outro termo de suma importância para a Clínica da Atividade é o poder de agir, que aumenta ou diminui em função do sentido do trabalho. Quando uma atividade é esvaziada de sentido, termina perdendo em seus objetivos e em potência de ação, acabando sua vitalidade através das mudanças das emoções. O inverso também é verdadeiro, em que a descoberta de um novo objetivo tem a possibilidade de gerar a renovação do sentido da ação. Por isso, o sentido da atividade é ligado ao poder de agir (CLOT, 2010a).

Para Clot (2010b), o poder de agir está relacionado com a possibilidade de o indivíduo aumentar a sua ação no ambiente laboral, depositando na atividade elementos de sua própria subjetividade, em que é demonstrado controle sobre instrumentos, podendo assim responder à atividade do outro para conseguir realizar a sua própria. O poder de agir está ligado à concepção de sujeito de ação, que tem a capacidade de sentir-se responsável pelos próprios atos. Ainda segundo o autor, o sujeito do trabalho tem a habilidade de desenvolver sua atividade e seus objetivos, afetando a organização do trabalho por sua iniciativa. A saúde tem a ver com a possibilidade de recriar situações; tem a ver com a possibilidade de recriar o real do trabalho. Por isso, trabalhar é afirmar-se, colocando-se até mesmo contra a atividade com a intenção de ir além dela, recriando-a.

O poder de agir diz respeito à ampliação da capacidade de superação das tensões e de impedimentos das situações reais no ambiente laboral. Por isso, o objetivo principal perseguido pela clínica da atividade é intervir no modo de operar dos indivíduos em seu confronto com o

real a fim de potencializar sua ação. Compreende-se na Clínica da Atividade, que a subjetividade se refere ao poder de ser afetado, em que o poder de agir está relacionado a esse poder de afecção. Nessa abordagem, o sujeito constantemente encontra-se com muitas possibilidades não realizadas, em que constituem um campo de forças no qual o indivíduo pode agir. É importante salientar que esse poder de ação não se refere de forma exclusiva a realizar tarefas; mas é a possibilidade de criar opções, acionando meios para viver, para fazer o trabalho, transformando a si mesmo e o trabalho. A perda do sentimento de poder agir sobre o meio é sinônimo de falta de saúde. Por isso, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o trabalho, adquirido junto aos outros, estando relacionada à atividade de um indivíduo, àquilo que ele chega a utilizar das atividades do outro em seu próprio mundo. Por isso, se a saúde encontra sua origem na preservação do que o indivíduo se tornou, acaba descobrindo seus recursos no que ele poderia ter sido (CLOT, 2010; LIMA 2010; SILVA ET AL., 2011).

A Clínica da Atividade (CLOT, 2010a) observa o desenvolvimento do trabalho, buscando reativar o poder de agir dos trabalhadores e defende a renovação do ofício, pois enfatiza que o trabalho não é uma simples tarefa. É uma atividade constante de recriação de formas de viver, sendo uma atividade histórica e processual. Para Clot (2007a), o ofício é ao mesmo tempo pessoal, interpessoal, impessoal e transpessoal. O ofício é o movimento resultante do conflito entre essas quatro dimensões que o constituem. A dimensão impessoal está relacionada às tarefas prescritas das organizações e instituições, mas para que o ofício se desenvolva, é preciso que esteja vivo em suas outras dimensões, sendo que ele vive entre trabalhadores e em cada um deles nos diálogos em que se realizam, ou não, nas trocas intrapessoais e interpessoais sobre o real do trabalho. A dimensão pessoal exerce na vida pessoal uma função psicológica específica. E isso porque o trabalho é uma atividade dirigida. A dimensão interpessoal é a responsabilidade de todos para preservar o ofício. Por fim, a dimensão transpessoal é a história e a memória profissional que se configuram como um meio de agir no presente e de dimensionar o futuro. Os trabalhadores envolvidos na atividade são diretamente responsáveis por essa vida. Trata-se do trabalho coletivo para realizar a tarefa e repensá-la coletivamente na atividade conjunta.

Estar em atividade é sentir-se bem. E sentir-se bem é ser o sujeito ou os sujeitos de uma atividade mediatizante (produz elo entre objetos, pessoas e sujeito) no decorrer da qual progride o poder de agir (CLOT, 2010a). A atividade pode proporcionar uma ampliação na capacidade

de reflexão do trabalhador, onde o seu desenvolvimento como profissional está relacionado à sua capacidade do poder de agir.

Clot (2007a) ressalta e acredita que o trabalho detém uma função psicológica específica, que seria a capacidade de transformação do mundo e da subjetividade dos sujeitos nela envolvida. Subjetividade e atividade se fazem em reciprocidade. Para Rocha (2018), o trabalho analisado como atividade consiste em um plano potencial de ação, em que forças de criação são acionadas para que modos inovadores de fazer possam emergir. Nesse processo de criação de modos novos para realizar o trabalho, não apenas o trabalho é renovado, como também os trabalhadores que o operam. Quando os trabalhadores se veem confrontados a contextos novos sobre os quais não encontram uma forma preestabelecida de agir, eles são obrigados a se reinventarem.

É preciso prestar atenção pelo ofício no trabalhador como também pelo trabalhador no ofício, definido como uma comunidade de pertencimento. É preciso entender a função psíquica interna do coletivo do ofício. Por isso, o reconhecimento é menos o reconhecimento pelo outro do que a possibilidade de um autorreconhecimento, ampliando a possibilidade do sujeito de se reconhecer no que faz. Por isso, Clot compreende que ao reconhecer-se na realização do seu trabalho, o sujeito se inscreve na história de um ofício, que não pertence a ninguém, porém todos se sentem responsáveis. Esse reconhecer-se no que se faz pode ser considerado em fazer alguma coisa de sua atividade para tornar-se único no seu gênero ao renová-la (CLOT 2010a; CLOT, 2011).

E o autorreconhecimento tem a possibilidade de fazer com que o trabalhador saiba lidar quando é impedido de realizar uma atividade. Clot (2006b) afirma que a atividade impedida permanece no querer fazer do trabalhador, por isto faz parte do real da atividade. Para Clot (2010a), há dois possíveis destinos das atividades impedidas: como resíduos incontroláveis que influenciam a atividade, elas podem deixar os trabalhadores sem proteção; ou podem ser fonte de energia para o desenvolvimento. De acordo com Bendassolli (2011), a atividade torna-se impedida e provoca o sofrimento por várias razões, dentre os quais quando não se consegue executar um trabalho de maneira adequada. Por isso, entende-se que discutir critérios de qualidade para o desenvolvimento do trabalho é imprescindível.

Entende-se que a atividade é impedida quando a instituição não proporciona os recursos necessários para que os trabalhadores consigam realizá-la conforme sua vontade. Para Clot (2010a), a organização não oferece tais recursos, fazendo o inverso, que é dificultar a execução da atividade, como é, por exemplo, quando a empresa institui critérios de desempenho de difícil realização para o trabalhador. Por isso, os critérios de desempenho tornam-se antagonistas com

a qualidade da atividade. A organização dificulta a atividade quando desarticula os coletivos de trabalho, fazendo destes uma mera coleção de sujeitos. A atividade é dificultada quando a história de um determinado gênero profissional é suspensa. Nesse momento, prossegue Clot, é o próprio *métier* que entra em um estado de sofrimento (BENDASSOLLI, 2011).

Para Clot (2010a), o sofrimento do ponto de vista da atividade é efeito de uma atividade reprimida e ou mesmo contrariada, ou seja, o “poder de agir” do profissional fica limitado. Por isso, esta prática possibilitou acessar ao que a Clínica da Atividade propõe a dar conta que é a atividade impedida cuja análise estabelece um ciclo entre aquilo que os sujeitos fazem, aquilo que eles dizem daquilo que eles fazem e aquilo que eles fazem daquilo que eles dizem.

A função do analista do trabalho em Clínica da Atividade seria a utilização de dispositivos metodológicos que objetiva tornar-se instrumento para a ação dos sujeitos. Por isso, é necessário produzir uma atividade sobre a atividade, ou seja, fazer com que a prática laboral seja objeto da atividade de pensamento. Significa sustentar uma “cooperação conflitual”, ou seja, poder usar as divergências como motivação do desenvolvimento entre os sujeitos e entre eles e a organização do trabalho, a partir da compreensão das controvérsias de ofício e da qualidade do trabalho bem realizado. Cuidando do trabalho, os profissionais cuidam de si mesmo além de ter a possibilidade de encontrar saúde no desenvolvimento dos recursos coletivos para ação (DA CONCEIÇÃO; DA ROSA, 2017).

Na abordagem da Clínica da Atividade, os métodos objetivam revitalizar as atividades e funções dos profissionais, além de conseguir eliciar conhecimento sobre todo o processo laboral. Observa-se que a fala proporciona a relação com o meio, em que é aumentado na interação social, produzindo transformação que possibilita inovadoras maneiras de se conhecer e sentir (SOUTO; LIMA; OSÓRIO, 2015).

Para a Clínica da Atividade, o sofrimento é resultado das atividades impedidas, do que se deixa de fazer, das dificuldades enfrentadas e não resolvidas e, por isso, o “real da atividade” é um ponto chave a ser desenvolvido na intervenção, a fim de restaurar o poder de agir e, assim, a saúde (CLOT, 2010a). No caso, podemos incluir a função do psicólogo hospitalar, que muitas vezes deixa de realizar uma ação para a melhoria do aspecto psicológico do paciente, uma interferência positiva na família ou um auxílio à equipe multidisciplinar, por conta de alguns fatores, como a supremacia do modelo biomédico ou as dificuldades impostas pela própria chefia.

Segundo Da Conceição e Da Rosa (2018), enquanto abordagem teórico-metodológica que orienta o agir para transformar o trabalho, a Clínica da Atividade sugere tomá-lo coletivamente como objeto de análise, achando uma via para cuidar do sujeito. Tomando como

exemplo o bem-estar dos próprios profissionais da saúde pública no Brasil, Jackson Filho (2015) aponta para a relevância de cuidar do trabalho, analisando os fatores que impossibilitam a atividade dos sujeitos e colocam em risco sua saúde.

A análise da atividade tem a capacidade de se constituir em um diálogo estabelecido entre o trabalhador e seu ofício, com os outros profissionais e com o próprio pesquisador. Observa-se também que existe um diálogo interno estabelecido entre o profissional e ele mesmo (BAKHTIN, 2006), buscando achar a melhor forma de levar consigo o seu interlocutor, em que é possível fazer compreender seus modos de fazer. Além disso, é plausível especificar que nesse diálogo interior, comparece o coletivo de ofício.

Na Clínica da Atividade, nos últimos anos, o referencial teórico-metodológico tornou-se importante para diversas pesquisas executadas em diferentes quadros institucionais brasileiros. Portanto, muitos estudos foram realizados recentemente, ancorados nos aportes teóricos e metodológicos da Clínica da Atividade (LOPES, 2020; CLEMENTE, 2021; WANDERLEY et al., 2020), corroborando com a abrangência que tem tomado essa perspectiva para analisar e poder proporcionar aos trabalhadores uma visão mais ampla de seu ofício, possibilitando a utilização do poder de agir como fonte de ação.

Segundo Conceição (2018), especificamente para os profissionais de saúde, dentro da Clínica da Atividade, o cuidado é uma prática que ocorre na relação. E nesse cenário, é uma atividade dirigida na qual estão inclusos o profissional em ação, o paciente do sistema de saúde que é “objeto” dessa ação e outras atividades (deste sujeito ou de outras pessoas) que incidem sobre esse paciente. Nesse sentido, a função daqueles que cuidam é exercido a partir da mobilização de uma rede de relações.

Quando falamos de Clínica da Atividade, temos que ter a noção de que o seu objetivo é propor uma ampliação do trabalho, para que consiga ser um aspecto de análise e compreensão dos próprios trabalhadores, tendo a intenção de fazer com que eles desenvolvam e utilizem o seu poder de agir. É uma abordagem que enfoca na história do desenvolvimento da atividade de trabalho de determinada profissão, tanto nos aspectos positivos, quanto nos negativos. Fazendo um paralelo com os profissionais estudados nesta pesquisa, o psicólogo hospitalar pode utilizar o seu poder de agir, tentando ampliar a sua capacidade de superação das tensões existentes no trabalho e os constantes impedimentos, fazendo com que o modo de operar destes profissionais em seu confronto com o real consiga potencializar sua ação.

2.3 AUTOCONSCIÊNCIA NO CONTEXTO DE TRABALHO

Para Ferreira (2008), é no início do século XVI que formas singulares de um conhecimento sobre si consolidaram-se na filosofia ocidental. Por isso, a busca por uma ciência da individualidade repousa em uma história anterior à fundação da Psicologia, demarcada em meados do século XIX. Nesse panorama, a Psicologia herda da filosofia o interesse sobre a consciência de si, em que aplicam métodos experimentais para sua investigação. De Souza (2007) afirma que a intenção de compreender o que seria a consciência começa pela definição da palavra.

William James (1892) partia do pressuposto que uma metáfora que descreveria a característica de continuidade da consciência é denominá-la de fluxo de pensamentos ou consciência. David Chalmers (2003) tem a opinião que o termo consciência é usado de várias formas. Mas mesmo havendo diversas descrições cognitivas que este conceito pode assumir, o sentido mais relevante é o da experiência consciente. Algo que pode ser "sentido" junto com o processamento de uma percepção.

Já para Block (1995), o conceito de consciência é híbrido, sendo que conota diversos termos e ao mesmo tempo denota vários fenômenos. Por isso, conceitos diferentes são tratados como um conceito simples, que seria a “consciência”. Block parte do pressuposto da divisão em níveis da consciência, em que os mais relevantes são a consciência de acesso e consciência fenomenal.

De acordo com Molon (2003), na teoria de Vygotski é percebida uma íntima conexão entre consciência, pensamento e linguagem. Consequentemente, a consciência é considerada um fenômeno histórico e social, levado em destaque as relações existentes, como o sujeito se apropria de sua história.

Para Clot (2010), a consciência é uma modalidade específica de experiência, sendo uma espécie de vivência psicológica a partir de outras experiências vividas, pode ser considerada uma atividade em outra atividade. Um contato social consigo mesmo e um poder de agir.

Para Dohaene et al. (2017), existem duas dimensões de consciência, que são a consciência como experiência e a consciência como automonitoramento, ou seja, autoconsciência. A consciência como experiência surge quando uma pessoa percebe o ambiente e consegue viver de dentro, na forma de imagens, sensações e pensamentos (BLOCK et al., 2019); por isso, a percepção existe quando um organismo focaliza a atenção para o exterior, em

direção ao ambiente (DUVAL; WICKLUND, 1972). Ao contrário, a autoconsciência ocorre quando o sujeito focaliza a atenção para dentro e apreende o self nas suas várias manifestações, como emoções e pensamentos, que envolvem uma verbal narração de experiências internas deste sujeito (MORIN, 2011).

É consensual a atribuição do início do estudo da autoconsciência na década de 1970, de maneira experimental e sistemática, com o trabalho de Duval e Wicklund (1972) responsáveis pela formulação da teoria da autoconsciência objetiva - doravante “teoria OSA” (de ‘Objective Self-Awareness’). Duval e Wicklund elaboraram um livro em 1972, que foi o pioneiro de uma nova maneira rigorosa e heurística de estudar a autoconsciência, tomando-a como a capacidade de o self se tornar objeto da própria atenção e por afirmar que o estado autoconsciente pode ser gerado, e, por conseguinte, manipulado. A autoconsciência está relacionada ao estado em que o indivíduo mantém o foco da atenção em si mesmo, tornando-se o objeto de sua própria atenção, possibilitando ter conhecimento sobre seus pensamentos, estados internos e seus julgamentos (DUVAL; WICKLUND, 1972; MORIN, 2002a). A autoconsciência foi preterida por quase todo o século XX do campo psicológico, em que o caráter autorreflexivo da consciência teria sido praticamente esquecido neste período (NASCIMENTO; ROAZZI, 2013).

Três pesquisadores na década de 70 (FENIGSTEIN; SCHEIER; BUSS, 1975) começaram a testagem para examinar a teoria de Duval e Wicklund (1972). A escala resultante foi aplicada em diversas amostras e a análise fatorial indicou três fatores, que são a autoconsciência privada, autoconsciência pública e ansiedade social. Estes pesquisadores denominaram o instrumento de Escala de Autoconsciência (FENIGSTEIN, SCHEIER; BUSS, 1975), sendo a autoconsciência definida como um traço de personalidade. Com isso, é entendida como uma tendência de um indivíduo dirigir sua atenção para aspectos internos (autoconsciência privada) ou compartilhado na intersubjetividade (autoconsciência pública). Fenigstein, Scheier e Buss diferenciaram autoconsciência - que é o *self* capaz de refletir sobre si mesmo - de autoatenção - que se limita em uma condição de estado, não se caracterizando como um traço de personalidade. Já a ansiedade social é uma reação de desconforto experimentada pelo sujeito na presença de outras pessoas (FENIGSTEIN; SCHEIER; BUSS, 1975).

É notório especificar que autoconsciência é uma maneira evoluída da consciência se manifestar, em que o nível atencional seria realizada de forma básica, sendo mantida por elementos cognitivos do sujeito, atuando conjuntamente de modo complexo com outros fatores

responsáveis por realizar a autoatenção. O autofoco atua de forma multidimensional, sendo que diversas operações exploram as facetas do Self, auxiliando na construção do autoconhecimento como um dos principais exemplos. Por isso, fica evidente que a autoconsciência se torna uma ferramenta psicológica de produção do autoconhecimento (MORIN, 2004a, 2011).

No que se refere à teoria OSA, nota-se que o foco da atenção, em um dado instante, pode estar voltado para o próprio self ou para o mundo externo, não há a possibilidade de se dividir entre um e outro, havendo no máximo a possibilidade de uma oscilação rápida do foco atencional entre objetos self e não-self, de modo a ser possível falar em “diminuição” ou “aumento” da autoconsciência objetiva. Portanto, quando especifica o “aumento” da autoconsciência, se está fazendo referência apenas a um aumento da proporção de tempo de direcionamento da atenção ao próprio self (NASCIMENTO, 2008). O aspecto auto avaliativo da autoconsciência leva, em muitos casos, à percepção de divergências entre um estado atual de um auto aspecto e os padrões de correção do indivíduo, e, conforme foi dito, tais divergências levam automaticamente o sujeito a experimentar desconforto emocional, tanto maior quanto maior for a distância entre o self ideal e o self real. Nesses casos, é normal que o foco atencional seja desviado, e o indivíduo evite estados autoconscientes. Por outro lado, experiências mais congruentes proporcionam que o indivíduo vivencie um bem-estar emocional, fazendo com que o foco atencional seja mantido no self, levando a uma maior manutenção de estados autoconscientes. Para Morin (2002a), alguns indivíduos que têm predominância de autoconsciência reflexiva tem alta motivação na busca de significado de si mesmo, a auto exploração epistêmica tem sede de autoconhecimento e de desbravar novas potencialidades do *self*, de crescimento psicológico potencial. Desse modo, pode-se depreender que o direcionamento do foco atencional a si mesmo e sua manutenção dependem bastante do teor das experiências emocionais envolvidas (WICKLUND, 1975; NASCIMENTO; ROAZZI, 2013).

De acordo com Trapnell e Campbell (1999), existem dois tipos de autoconsciência: o perfil ruminativo - sustentado por sentimentos negativos de ameaça e perda -, e o perfil *reflexivo* - que está relacionado à curiosidade genuína em ampliar o autoconhecimento de maneira criativa. A capacidade reflexiva e ruminativa da autoconsciência está relacionada a processos cognitivos e afetivos, como os pensamentos reflexivos e ruminativos, quando o autofoco surge por um interesse de conhecimento real no self, fazendo com que o sujeito se interesse em aprender mais sobre suas emoções e processos de pensamento, mantendo um interesse sobre o

self, conduzindo a uma melhor aprendizagem sobre si, sendo um indicador de saúde psicológica (NASCIMENTO, 2008). Esta hipótese de uma quebra na unidade da autoconsciência foi colocada por Trapnell e Campbell (1999), essa dualidade da autoconsciência tem sido assumida uma larga margem dos pesquisadores do campo, como Morin (2004a), Nascimento (1998), mas ainda permanece ainda como um estatuto de uma hipótese, necessitando de uma melhor documentação empírica para se ter uma posição mais definitiva sobre essa questão.

Vale observar também que a autoconsciência objetiva é a capacidade de prestar atenção a si mesmo, ocorrendo quando nos tornamos alvo de nosso foco atencional e observamos cognitivamente nossos comportamentos habituais, características físicas etc. É uma qualidade psicológica que guardamos em nosso funcionamento no dia a dia, funcionando sempre que o Self se torna objeto da atenção (DUVAL; WICKLUND, 1972).

É preciso que o sujeito esteja consciente, seja capaz de processar informações do ambiente e responder aos estímulos dele advindo. E compreende-se a consciência como a atenção dirigida para a similaridade na forma de si mesmo (identidade), ou para a alteridade na forma de um outro (subjetividade) ou objeto (LANIGAN, 1992; MORIN, 2006).

Aspectos no cotidiano do psicólogo hospitalar que são frequentes, como, por exemplo, o sofrimento humano, as vulnerabilidades do núcleo familiar diante da doença e o trabalho com outros profissionais da área da saúde, podem proporcionar para o psicólogo uma ansiedade social. Com isso, esse ambiente propicia a autofocalização, pois cria um ambiente em que o psicólogo foque uma atenção constante para si mesmo, seus comportamentos e pensamentos. Esta ansiedade social tem a possibilidade de proporcionar o tipo de autoconsciência ruminativa, além de dificultar uma resignificação do trabalho e o poder de agir do psicólogo frente ao ambiente laboral. De acordo com Fenigstein et al. (1975), há aspectos do *self* que se apresentam como motivos, emoções, valores, pensamentos (autofoco privado) e outros possuem uma característica pública, como a aparência física (autofoco público). É importante tentar verificar quais desses aspectos do *self* são mais evidentes no profissional psicólogo no contexto de trabalho pela possibilidade de interferir sobre o poder de agir e o bem-estar destes profissionais.

Além dos aspectos público e privado, salientam-se duas dimensões do espectro dos estados autoconscientes, que são a autoconsciência como estado ou “situacional” (self-awareness) - foco primeiro da teoria OSA, e o que Fenigstein et al. (1975) criaram um novo

campo sobre o autofoco disposicional, que é o traço ou “disposicional”. No primeiro caso, surge a experiência subjetiva de se estar consciente de si através de estados transitórios de atenção auto focalizada sob o controle de estimulação ambiental. Já na dimensão traço, fala-se da estabilidade do aspecto citado na personalidade, independente da ação imediata de estímulos auto focalizadores.

O crescimento evidente do estudo psicológico da autoconsciência a partir de meados da década de 1970 é marcada por uma série de refinamentos de construtos da autoconsciência objetiva. Fenigstein, Scheier e Buss (1975) operacionalizaram em sua Escala de Autoconsciência uma evidente divisão entre os aspectos privados e públicos. Somado a esse aspecto, por se tratar de uma escala disposicional, de traços individuais estáveis, Fenigstein et al., criaram uma ruptura conceitual entre a modalidade situacional e a modalidade de traço autoconsciente.

Duval e Wicklund (1972) demonstraram que a autoconsciência é induzida de forma experimental. Nas suas pesquisas, observou-se que a autoconsciência é um fenômeno lógico e um processo psicossocial, que a sociedade pode utilizar na regulação do comportamento. Citando como exemplo, com a utilização de um espelho, o reflexo proporciona uma fonte de feedback, permitindo que o sujeito ajuste sua apresentação para transmitir uma imagem desejada para aqueles ao seu redor (GERVAIS; NORENZAYAN, 2012). Recentemente, Ariel et al. (2018) utilizaram a teoria da autoconsciência para explicar por que câmeras fixadas nos corpos de polícias afetam os encontros entre esses profissionais e os cidadãos, em que sua manifestação imediata, na maioria das vezes, é uma redução no uso da força policial. As evidências apresentadas ressaltam fortes efeitos antes e depois ocorridos nos vários testes locais. O número de agressões de policiais foi reduzido significativamente, mostrando a interferência da câmera neles próprios. Segundo Morin (2004a), foi constatado que os indivíduos mudam seus comportamentos quando acham que outros os estão observando. Quando os sujeitos se tornam ciente de que seu comportamento ou ações são monitorados em público, um processo de conscientização começa.

Silvia e O'Brien (2004) afirmam que a Autoconsciência Situacional é importante para que o indivíduo se engaje nas atividades de autorreflexão que elevem a autoaspectos do self como autoestima, autonomia, autoimagem corporal. Esses autoaspectos configuram os estados mentais da pessoa, passíveis de serem acessados no aqui agora conforme ele esteja autoconsciente. A Escala original de Autoconsciência Situacional (EAS), construída no Brasil

por Nascimento (2018), conseguiu apresentar as dimensões de Ruminação, Reflexão e Mediação Icônica, sendo que tem a possibilidade de representar a mediação do autofoco situacional por meio de imagens mentais (NASCIMENTO; ROAZZI, 2013).

Vale observar que a questão ruminativa e reflexiva não é algo consensual da literatura, sendo uma hipótese de trabalho que vem desde 1999, em que uma parte do campo da autoconsciência concorda e outra não. Os adeptos a essa hipótese podem ser citados como Morin (1997), Nascimento (2008), já para Silvia e Duval (2001), não aceita que a autoconsciência esteja dividida entre mais de uma operação de autofocalização, acreditando que há um erro de interpretação nos achados da análise fatorial e que a escala de Trapnell e Campbell (1999) não mensura o autofoco, mas mensura motivações ao autofoco, que seria outro aspecto. Contudo, é uma hipótese promissora, que tem encontrado corroboração em muitos estudos transculturais, inclusive no Brasil, como nas pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Estudos da Autoconsciência, Consciência, Cognição de Alta Ordem e Self (LACCOS/UFPE).

Salienta-se que, as discussões sobre os efeitos mal adaptativos da autorreflexão ganharam destaque na década de 1990, quando Trapnell e Campbell enfatizaram que a autoconsciência seria determinada tanto pela direção do foco atencional quanto pelas motivações desse funcionamento. Essas motivações poderiam ser definidas por um alto grau de neuroticismo, sustentado por sentimentos negativos de ameaça, perda e injustiça (perfil ruminativo), quanto por uma curiosidade genuína em ampliar o autoconhecimento de maneira criativa e exploratória (perfil reflexivo), ambos perfis existentes na autoconsciência (TRAPNELL; CAMPBELL, 1999). De acordo com Morin (2002a), todos analisamos nossos pensamentos e sentimentos internos (autoconsciência), mas alguns sujeitos sentem-se ansiosos com o que descobrem sobre eles próprios (autoruminação), enquanto em outros sujeitos, ocorre o inverso, que é uma sensação de fascínio com que descobrem sobre si mesmos (auto-reflexão). Ainda segundo o autor, se continuarmos conceituando a autoconsciência como uma construção unitária, não podemos explicar esse paradoxo, com isso, é necessário reconhecermos a natureza dual do autofoco. Os auto-ruminadores examinam ansiosamente o eu e continuam descobrindo - ou se concentrando - em coisas ruins sobre si mesmos, são mais propensos à tristeza e baixa autoestima. Já os auto-refletores gostam de se examinar e aprender coisas novas sobre si mesmos, tendo a capacidade de estarem mais no controle de seu destino, caracterizados por uma melhor saúde mental.

Foi verificado que pessoas com altos escores de ruminação e reflexão apresentaram níveis elevados de ansiedade. Por isso, é possível inferir que os altos escores de reflexão não neutralizaram o impacto negativo da ruminação. Fleckhammer (2004) realizou uma pesquisa que sugere que a ruminação parece afetar de forma significativa os níveis de ansiedade e preocupação mesmo em indivíduos que detêm níveis de reflexão elevadas. Mas foi observado em contextos de desenvolvimento profissional na pesquisa de Cowden e Meyer-Weitz (2016), que o aumento de autoconsciência pode facilitar o entendimento do próprio estresse e da ansiedade e influenciar positivamente o aprendizado e o desempenho.

Fleckhammer conseguiu avaliar como as diferentes medidas combinadas de ruminação e reflexão tem a capacidade de se relacionar com traços de personalidade, psicopatologias, autoconsciência e memórias pessoais. Utilizou-se a tipologia de coping e ajustamento proposta por Trapnell e Campbell (1999), estruturadas em quatro grupos, que são o adaptativo, o repressivo, o sensitivo e o vulnerável. Faz parte do grupo adaptativo indivíduos com altos escores de reflexão e baixos de ruminação; o repressivo por baixos escores de reflexão e ruminação; o sensitivo por altos escores de reflexão e ruminação e o vulnerável por altos escores de ruminação e baixos de reflexão.

Para Morin e Everett (1990), é plausível que a ruminação seja suportada por uma cadeia de autoverbalizações repetitivas, de conteúdo negativo, em que a estrutura é inefetiva para a produção de autoinformação, sendo possível hipotetizar que imagens mentais de experiências de trauma sejam evocadas e coocorram juntamente com a fala interior, proporcionando uma dinâmica mediacional disfuncional para a manutenção no tempo das formas mal adaptativas do processo cognitivo da autoconsciência.

Para dentre os tipos de autoconsciência, o perfil ruminativo é mantido por sentimentos negativos de ameaça e perda, sendo que os sujeitos que têm este perfil, examinam o eu de forma ansiosa, concentrando-se em coisas ruins sobre si mesmos, ficando mais predispostos à tristeza e baixa autoestima (TRAPNELL; CAMPBELL, 1999). Consequentemente, ao fazer um paralelo da autoconsciência com a Clínica da Atividade, podemos inferir que o perfil ruminativo pode influenciar reciprocamente no sofrimento no ambiente laboral. Segundo Clot (2010b), o sofrimento está ligado ao trabalho impedido, aos dilemas e confrontos entre o sujeito da ação, construído por meio de sua atividade e no contexto de um *metiê*, e a organização do trabalho.

Segundo Morin (2002a), já no tipo reflexivo o self faz uma espécie de automonitoramento, autorregula-se com fluência, equilibrando-se entre suas necessidades e às demandas do meio socioambiental. Em paralelo ao pressuposto de Morin, há pesquisas atuais, como a de Batista (2017) que descreveu como alunos talentosos percebem seu talento através de uma entrevista semiestruturada com base no método fenomenológico, que contribuem para o entendimento da importância do processo reflexivo nos bons resultados nas atividades cognitivas. Consequentemente, o processo reflexivo desses alunos sugere que a tensão cognitiva e afetiva provocada pelas suas habilidades de auto percepção contribuem para bons resultados nas atividades cotidianas e na busca pelo sucesso na vida.

Quanto maior for o nível de autoconsciência do sujeito, maior a possibilidade de percepção acurada sobre a sua experiência subjetiva, proporcionando o conhecimento de si mesmo de forma mais abrangente, além de poder aumentar a possibilidade de inferências sobre os estados mentais das outras pessoas. Incluindo essa característica no contexto de trabalho, uma pessoa autorreflexiva poderá fazer mais inferências sobre o estado mental dos demais e promover bem-estar. Contudo, esse nível de autoconsciência também pode ser o responsável pelo sofrimento causado por distorções do *self* (NASCIMENTO, 2008).

Ainda segundo Trapnell e Campbell (1999), o tipo reflexivo da autoconsciência faz com que surja uma curiosidade genuína em desenvolver o autoconhecimento de forma criativa. Além disso, segundo Teasdale e Green (2004), os indivíduos reflexivos têm uma capacidade de buscar soluções para questões do cotidiano, sujeitos que são mais reflexivos possivelmente serão mais felizes, pois obteriam êxito em seus impasses. Por isso, inferimos também que um profissional que possua o tipo reflexivo detenha o poder de agir nas suas atitudes. Para Clot (2008), o que está em jogo é o desenvolvimento do poder de agir dos sujeitos em situação, sendo a necessidade de assegurar aos profissionais a necessária margem de ação e os meios para agir nas situações de trabalho.

Ressalta-se que em alguns estudos começaram a surgir, incluindo o LACCOS, o pressuposto de que do lado da psicopatologia e do disfuncional, estão às vezes de forma concomitantemente, a ruminação e a reflexão. Por isso, as conclusões sobre a autoconsciência reflexiva ainda não estão definidas no que se refere a ser um aspecto positivo e pertencente ao bem-estar. A depender da análise e do estudo, a ruminação e a reflexão estão juntas, próximas da psicopatologia e sintomatologia. Por isso, o campo da autoconsciência ainda tem diversas dúvidas teóricas.

Nota-se que Rochat (2003) formulou cinco estágios de desenvolvimento do autoconsciência: A “diferenciação” surge no bebês quando se diferenciam fisicamente de si mesmos; “situação” ocorre quando os bebês se situam em relação a outros indivíduos; a “identificação” forma-se quando as crianças tornam-se capazes de autorreconhecimento ao ficar na frente de um espelho; “permanência” é quando as crianças sabem que seu sentimento de identidade persevera no espaço e no tempo; em última análise, a autoconsciência é considerada existente quando as crianças se percebem como visto por outros.

A autoconsciência, no que diz respeito à variável psicológica, é entendida como um processo humano intencional que conjuga eventos internos e externos, permitindo a expressão de pensamentos e sentimentos em atos individuais e coletivos por meio do corpo (DE SOUZA; GOMES, 2005), tornando o sujeito produtor e produto de interações sociais. Pesquisadores têm se dedicado ao desenvolvimento de medidas de autorrelato com o intuito de identificar as características da autoconsciência que influenciam o comportamento humano.

Silvia e Duval (2001) afirmaram que à medida que os sujeitos direcionam o foco da atenção para seus aspectos internos, comparam de forma automática seus padrões de comportamento com os padrões comportamentais de outras pessoas, estabelecendo uma expectativa de adequação de seu próprio comportamento nas interações sociais. Nota-se que diferenças entre o estado atual de autoconsciência e o padrão que deseja alcançar podem proporcionar emoções aversivas que provocam respostas de mudanças nas próprias ações. A autoconsciência é um fenômeno ambivalente, em que tem a capacidade de se tensionar de maneira dialética entre formas de autofoco disfuncional direcionado ao sofrimento psíquico e a formas funcionais. Vale observar que este conceito é uma das bases de desenvolvimento do self por habilitar o automonitoramento e a regulação comportamental em direção a objetivos, autodescoberta, relaciona-se ao desempenho criativo, habilita processos de tomada de perspectiva e constitui o caminho para o aumento da autoestima (NASCIMENTO, 2008; MORIN, 2002a). Além disso, a autoconsciência envolve um senso de continuidade do sujeito ao longo do tempo, além do sentimento de ser uma pessoa diferente das demais e do ambiente. A autoconsciência possui gradações de apresentação, utilizando termos como “meta”, “reflexiva”, “meta-representacional interativa” e “estendida”, que indicam níveis diferentes de autoconsciência, indo de estados mais simples de auto reflexividade até a “meta-autoconsciência”, significando uma pessoa estar consciente de sua própria autoconsciência (MORIN, 2011).

Vale observar que as formas de autoconsciência são mensuradas com questionários de autorrelato, frequência com que os sujeitos fazem referência em primeira pessoa e atividades de autodescrição; além da exposição dos participantes a estímulos de autofocalização como câmeras, espelhos e públicos (CARVER; SCHEIER, 1978).

2.4 BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS PSICÓLOGOS HOSPITALARES

O estudo e a tentativa de entendimento dos aspectos positivos da experiência das pessoas estão entre as preocupações da Psicologia do século XXI (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Nesse sentido, os pesquisadores do tema, hoje em dia, esforçam-se para construir um conjunto de conhecimento que traga comprovações científicas sobre o bem-estar, cujo propósito é o entendimento de fatores psicológicos que compõem uma vida saudável (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Para Galinha (2008), é consenso aceitar que o conceito de bem-estar esteve relacionado aos estudos da economia e ao significado de bem-estar material (Welfare), mas na década de 1960 a visão sobre o bem-estar se ampliou, passando a ser compreendido através de avaliações da vida como um todo, incluindo aspectos mais subjetivos, o que repercutiu no aumento das pesquisas sobre o bem-estar subjetivo. O termo bem-estar é estudado no campo do conhecimento da psicologia, a partir de quatro perspectivas de análise, que de acordo com Boehs e Silva (2017), são bem-estar psicológico, bem-estar no trabalho e bem-estar subjetivo.

Com o passar do tempo, foram surgindo outros conceitos de bem-estar, como o bem-estar psicológico elaborado por Ryff em 1989, que é entendido levando em consideração aspectos psicológicos fundamentais para que as pessoas se desenvolvam totalmente, sendo 6 dimensões psicológicas: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito de vida, e crescimento pessoal, capazes de promover níveis adequados de saúde mental e física (HEINTZELMAN, 2018). De acordo com Acciari (2019), Carol Ryff elaborou o método bidimensional, incluindo a dimensão de mal-estar psicológico (depressão, ansiedade, perda de controle emocional e comportamental) e bem-estar psicológico (emoções positivas e ligações afetivas estabelecidas significativamente), e se caracteriza pela percepção do indivíduo em relação ao seu bem-estar.

Na história da psicologia, um dos autores que iniciou a análise sobre o bem-estar no trabalho foi Sigmund Freud, afirmando que a vida saudável é aquela na qual o sujeito consegue amar e trabalhar (SNYDER; LOPEZ, 2009), a partir daí, a psicologia vem demonstrando cada vez mais interesse pela pesquisa dos fatores presentes no contexto do trabalho que concorrem para o bem-estar dos empregados. De acordo com Paz (2020), os avanços das pesquisas sobre bem-estar testam modelos que formam relações entre as dimensões individuais, do ambiente laboral e o contexto em que a organização está situada. Por isso, aumentam o investimento em treinamento para assegurar o bem-estar nas empresas. Robertson et al. (2015) detectaram em uma revisão sistemática sobre treinamento de resiliência, o bem-estar no trabalho aumenta a resiliência das pessoas, além dos indicadores de saúde mental e o BES.

Após Freud, um dos pesquisadores a se deter no estudo do bem-estar no contexto do trabalho foi Warr (1987), o qual preconizou-o como sendo manifesto por aspectos cognitivos e afetivos. Sendo que os primeiros tratam sobre a satisfação no trabalho em geral, com os supervisores, colegas de trabalho e pagamento, enquanto o segundo refere-se às respostas emocionais dirigidas ao ambiente do trabalho, além de alguns sentimentos como a ansiedade, depressão e conforto.

Warr (2007) considera o bem-estar no trabalho como um bem-estar de domínio específico, referindo-se a um ambiente peculiar, diferenciando-se do bem-estar descontextualizado, que se associa ao bem-estar subjetivo geral. O bem-estar no trabalho é influenciado por fatores e atividades do trabalho, enquanto o bem-estar descontextualizado sofre influências da família, de fatores sociais.

A mais antiga abordagem, criada na década de 50, e a que será utilizada nesta pesquisa baseia-se no conceito de BES, orientado pela demanda da criação de indicadores de qualidade de vida que considerassem a percepção do ser humano como aspecto subjetivo ao avaliarem suas qualidades de vida. É necessário observar que o bem-estar subjetivo foi designado como a combinação resultante de afetos positivos, negativos e a satisfação geral com a vida (DIENER, 1984).

Os estudos sobre BES começaram a partir da década de 1960, em que a satisfação das necessidades estava vinculada aos recursos materiais, na qual eram priorizados os ganhos monetários. Posteriormente, percebeu-se que havia outros aspectos que caracterizavam o bem-estar, como as relações familiares, a saúde, a satisfação no trabalho etc. (MOLINA ET AL.,

2017; PÉREZ-NEBRA; QUEIROGA; OLIVEIRA, 2020). O conceito de Bem-Estar Subjetivo é recente, em que citamos também a tese de Wilson (1960), onde relacionou os conceitos de satisfação e de Felicidade em uma perspectiva Base-Topo (Bottom Up) – a satisfação imediata de necessidades produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade – e Topo-Base (Top Down) – o grau de Satisfação que é preciso para produzir Felicidade depende do nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com as outras pessoas, além dos valores individuais e por outros fatores.

Segundo Maia et al. (2018), as primeiras teorias de bem-estar subjetivo tinham a intenção em identificar como os fatores externos e as variáveis sociodemográficas afetavam a felicidade. É observado que essas teorias tinham o pressuposto de que há várias necessidades básicas dos seres humanos e que a satisfação destas viabiliza a felicidade. Contudo, é necessário analisar até que ponto determinadas variáveis como a idade, o estado civil, as doenças crônicas podem intervir na obtenção de um bem-estar positivo.

É notório analisar que no âmbito acadêmico a felicidade surge designada como bem-estar subjetivo, com a intenção de escapar ao peso histórico que a palavra felicidade possui. O bem-estar subjetivo é um termo mais amplo do que felicidade pois inclui bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. Mas, todas estes aspectos são parte integrante da felicidade, enquanto desejo de bem-estar total da pessoa e sobre a avaliação global da vida (LUTHANS ET AL., 2007; LYUBOMIRSKY, 2011).

Diener, Seligman, Choi e Oishi (2018) começaram a utilizar o conceito de bem-estar subjetivo para se referir à felicidade, em concordância com as pesquisas de Diener (1984). Este autor, por sua vez, começou a usar o termo felicidade como sinônimo de BES em suas primeiras pesquisas e ainda o faz nos dias de hoje.

Bem-estar subjetivo é concebido hoje em dia por Diener e Lucas (2000) como um aspecto que requer autoavaliação, ou seja, só pode ser observado pelo sujeito e não por terceiros. Por isso, não é adequado avaliar BES por meio de indicadores externos ao sujeito, mesmo que tenham como base fatores estatisticamente construídos, tais como controle de doenças, desemprego ou de analfabetismo, ou outros indicadores que possam descrever avanços em políticas nas comunidades. A teoria do BES proposta por Diener (1984) é a avaliação que um indivíduo faz sobre a satisfação geral da sua vida, além da percepção de ter vivenciado mais afetos positivos do que negativos durante a sua existência. Nota-se que dentro desta perspectiva,

o componente cognitivo é a avaliação que a pessoa faz referente a sua satisfação com a própria vida de uma forma mais ampla e o componente afetivo diz respeito sobre a presença de emoções positivas e à ausência ou a menor experiência de emoções negativas (TAY; KUYKENDALL; DIENER, 2015).

O construto do BES é designado como um conjunto de avaliações afetivas e cognitivas que uma pessoa faz sobre as áreas de sua vida (DIENER; OISHI; LUCAS, 2009). Nota-se que o BES é composto por duas dimensões, que são a satisfação com a vida (i.e., componente cognitivo, dirigida a uma avaliação global da vida, que dimensiona o quanto os indivíduos estão satisfeitos com suas próprias vidas) e afetos positivos e negativos (i.e., componente emocional, de felicidade e de angústia) (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004; DIENER; EMMONS, LARSEN; GRIFFIN, 1985). Vale observar que um endossamento do BES necessita de uma frequência alta de experiências emocionais positivas, um maior nível de satisfação com a vida e a felicidade, além de uma baixa experiência emocional negativa, como sintomas ansiolíticos e depressivos (PATIAS, HEINE; DELL'AGLIO, 2017; MONTEIRO; DÍAS; CORTE-REAL; FONSECA, 2014).

O bem-estar subjetivo é um campo de estudo avaliativo que busca verificar como as pessoas analisam a sua própria existência, em que são abordadas a felicidade e a satisfação através da avaliação cognitiva. Nesse campo, outros aspectos também são estudados como a vida afetiva dos sujeitos, bem como os relacionamentos amorosos, como casamento união estável e a relação com o trabalho. Os estudiosos salientam que uma das etapas para ter acesso ao bem-estar subjetivo é iniciando pelo entendimento que cada ser se autoavaliando a partir da aplicação das suas concepções subjetivas, apoiando suas premissas tais como as suas experiências, emoções e os valores pessoais. As concepções subjetivas são acopladas entre o aspecto de pensamento e sentimento acerca da própria existência. O bem-estar subjetivo, com enfoque na cientificidade busca compreender dois aspectos, sendo eles as formas avaliativas de julgamento da própria satisfação com a própria existência e a relação com os quesitos emocionais, podendo ser eles de cunho negativo ou positivo. (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Para Diener et al. (2016), o BES tem a possibilidade de ser medido em diferentes contextos, pois as perguntas realizadas se aplicam aos outros domínios da vida de uma pessoa como trabalho e família, mas é importante se atentar à necessidade de se utilizar estudos que possuam metodologias criteriosas. Consequentemente, Paz et al. (2020) afirmam que o construto bem-estar tem sido objeto de pesquisas que tem a intenção de compreender o

fenômeno e assim poder auxiliar na elaboração de políticas públicas, de forma a proporcionar a felicidade das pessoas em várias dimensões de suas vidas.

De acordo com Costa (2017), o termo de BES pode sofrer influências da idade, estado civil, gênero, entre outros. Uma pessoa com altas taxas de bem-estar subjetivo encontra-se satisfeita com a vida e possui elevadas taxas de afetos positivos e relativa falta de afetos negativos. Diener et al. (2016) entendem que BES é um conceito que atinge vários níveis de especificidades, a satisfação com a vida como um todo e específicos da vida como o trabalho, lazer, relacionamentos interpessoais e família.

O bem-estar dos funcionários é analisado por diversas ciências, como a psicologia (KOWALSKI; LORETTO, 2017). O BES apresenta diversas facetas que devem ser avaliadas através de julgamentos globais, relatos momentâneos de humor, fisiologia (DIENER et al., 1999), em que dentro deste ponto de vista, a satisfação é o elo central do bem-estar e para alcançar é preciso adquirir um nível de aspirações influenciadas pelas experiências do sujeito.

A pesquisa de Bradburn na década 1960 concluiu que afeto positivo e negativo são relativamente independentes. Atualmente, há extensa evidência mostrando que níveis proporcionais de afeto negativo e positivo são independentes, até mesmo quando diferentes instrumentos de medidas são usados (DIENER, 1984), sendo importante frisar que os afetos negativos estão diretamente envolvidos com a frequência com que se vivencia a tristeza, por exemplo. Contudo não significa que a ausência de emoções negativas seja benéfica, pois tem um papel no ajustamento do sujeito, funcionando como uma função protetora em alguns momentos, como exemplo, a compreensão da qualidade dos seus relacionamentos.

Ainda com relação bem-estar subjetivo (BES), uma série de autores (KOWALSKI; LORETTO, 2017; DIENER et al., 2016) buscam compreender a avaliação que os sujeitos fazem de suas vidas, proporcionando o crescente reconhecimento da importância da subjetividade na avaliação do que faz da vida algo bom e desejável. Tenney, Poole e Diener (2016), afirmaram em um estudo recente, que o bem-estar subjetivo dos profissionais incluem satisfação com a vida, satisfação com o trabalho e afetos positivos e identificam que essas variáveis estão positivamente correlacionadas com a performance dos profissionais e das empresas. Apesar de felicidade e performance caminharem juntas, esta relação nem sempre está presente nos estudos.

Já quando se trata das teorias Bottom-up, os estudos sobre bem-estar subjetivo objetivaram encontrar as condições externas que levavam a uma existência satisfatória. Num trabalho publicado na década de 90, Diener e colaboradores ressaltaram que a contribuição de fatores externos como saúde e renda econômica contribuem em uma pequena parcela da variância em testes de bem-estar subjetivo. Mas, estudos posteriores têm sugerido que estas variáveis podem interferir no bem-estar subjetivo. Por exemplo, ao estudar a relação entre clima, riqueza e processos psicológicos, Fischer e Van de Vlier (2011) comprovaram que o clima, riqueza e a sua interação explicam 35% da variância do bem-estar subjetivo global, mesmo após controlar variáveis conhecidas como preditoras do BES. Por isso, condições climáticas desfavoráveis e indisponibilidade de recursos para enfrentá-las favorecem para a produção de mal-estar.

Um exemplo sobre condições externas é a renda. Um estudo desenvolvido por Diener e Biswas-Diener (2002) comprovou que o aspecto financeiro parece estar relacionado com o bem-estar, mas não de forma tão representativa como se imaginava; para pessoas muito pobres, a riqueza levava a melhores avaliações de BES pois atenderiam as necessidades básicas que lhes possibilitariam ter uma qualidade de vida mais adequada, contudo a partir de uma determinada renda não se verificaria correlação entre aumento da riqueza e aumento do bem-estar subjetivo.

No que se refere inicialmente aos fatores internos, citamos a personalidade, considerada como um dos fortes preditores do bem-estar subjetivo, em que alguns de seus traços apresentam uma relação mais forte do que outros, como exemplo, o Neuroticismo e a Extroversão se correlacionam significativamente com bem-estar subjetivo. Mas, o efeito de Neuroticismo foi mais forte com o componente afetivo do bem-estar subjetivo, medido através da frequência. Já a Extroversão associou-se com os afetos positivos e o Neuroticismo com a presença de afeto negativo. A associação da personalidade com o bem-estar subjetivo se deve ao fato de que características psicológicas individuais influenciam a maneira com que o sujeito percebe seus sentimentos, conseqüentemente, sua avaliação subjetiva do bem-estar pode ser influenciada. (LUCAS; DIENER, 2009; GARCIA; ERLANDSSON, 2011).

O nível de BES dos sujeitos pode ser mensurado através de alguns métodos. Para que seja demonstrado um bom nível de BES, o sujeito a ser estudado deverá ter um nível elevado de satisfação com a vida, poucos momentos de afetos negativos, e um elevado grau de afeto positivo em sua vida (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008). Por isso, segundo Zanon, Bastianello,

Pacico e Hulz (2013) o BES consegue demonstrar que os sujeitos que possuem afetos positivos, podem se sentir tristes, mostrando que houve afetos negativos em alguns momentos de sua vida.

Com a intenção de mapear o bem-estar das pessoas, a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004) é um instrumento utilizado para mensurar a avaliação que os sujeitos fazem de suas próprias vidas, de forma global. Ela é composta por três fatores, que são os afetos positivos, afetos negativos e satisfação com a vida. Contudo, o estudo do BES se afastou da correlação com variáveis sociodemográficas, debruçando-se sobre os processos psicológicos. Essa característica acaba desconsiderando as desigualdades estruturais que interferem na avaliação, como às relacionadas ao gênero e a classe. É relevante a continuidade do uso das escalas para avaliação da satisfação de vida e do BES, observando essas outras variáveis não controladas, em que são inclusos outros tipos de medidas diferentes das de autorrelato, como as entrevistas (MENEZES; BIZARRO, 2015).

No que se refere ao período levado em consideração para entender o nível de BES dos indivíduos, Albuquerque e Tróccoli (2004) ressaltam que as medidas de BES podem ser relatos globais de um longo período, baseados na memória ou experiências do presente.

Sobre a pesquisa do bem-estar com os profissionais da saúde, desenvolvida por Da Silva e Ferreira (2015) investigou o impacto do suporte emocional no trabalho e das avaliações autorreferentes sobre o bem-estar laboral, sendo operacionalizado através da satisfação no trabalho e dos afetos positivos dirigidos ao trabalho. A amostra foi composta por 302 profissionais de saúde (incluindo psicólogos) do Estado do Rio de Janeiro, para a avaliação do suporte social foi adotada a Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho (EPSST), confirmando que o suporte informacional é de especial relevância para o bem-estar dos profissionais de saúde.

Apesar do bem-estar ser difícil de definir, alguns cientistas têm investigado quais as áreas cerebrais estão relacionadas ao Bem-Estar Subjetivo, pois o estudo de tais mecanismos cerebrais fornecem pistas que poderiam ajudar a ciência a identificar como gerar mais bem-estar e diminuir o sofrimento das pessoas. Estudos demonstram que as regiões cerebrais responsáveis por gerar sentimentos positivos e negativos são semelhantes evolutivamente e correspondem às regiões subcorticais do cérebro, tais como: tálamo, hipotálamo, amígdala e que essas regiões estão relacionadas aos mecanismos de recompensa e punição, com o núcleo

accumbens e o pálido ventral constituindo-se em hotspots, ou seja, áreas fortemente envolvidas nos circuitos de recompensa (GRINDE, 2015).

Quando nos referimos as pesquisas sobre o bem-estar de psicólogos hospitalares, citamos Souza (2015), que executou um estudo para verificar o bem-estar e a satisfação no trabalho de 66 psicólogos que atuam na saúde pública, em duas Secretarias de Saúde municipais do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, em que o instrumento utilizado foi um questionário com questões abertas e de múltipla escolha, sendo que os resultados desta pesquisa mostram possibilidades de intervenções no sentido de fazer com que melhore o bem-estar e a satisfação no trabalho destes profissionais. Ressalta-se que foram citados pelos psicólogos como fator positivo para o bem-estar os sentimentos de satisfação, a gratificação, a realização e o prazer no trabalho.

Há muitos fatores que medeiam a percepção de bem-estar e os pesquisadores se empenham para descobrir as relações que envolvem o seu aumento, para que assim possam auxiliar os trabalhadores dispostas em diferentes setores da sociedade a se sentirem melhor com suas vidas (MEDEIROS, 2020). Fazendo um paralelo com a autoconsciência, mais especificamente os seus tipos, com o conceito de bem-estar subjetivo, de acordo com Zanon (2010), é possível que a ruminação e a reflexão estejam relacionadas na produção e percepção do bem-estar subjetivo.

Caso os indivíduos ruminativos apresentem altos escores de afeto negativo, é provável que a ruminação seja responsável pela baixa satisfação com a vida e bem-estar subjetivo, mesmo sendo de forma indireta (TRAPNELL; CAMPBELL, 1999; LYUBOMIRSKY; KARSI; ZEHM, 2003). Os afetos negativos (o componente emocional do BES) regulam um sistema que orienta o funcionamento psicológico da pessoa, que o faz vivenciar com maior frequência pensamentos ruminativos (TAYLOR et al., 2016).

Um estudo internacional realizado por Borawaski (2019), objetivava verificar a se a autenticidade/ruminação tinham a capacidade de funcionar como mediadores na relação entre a solidão e bem-estar, através de aplicação de escalas e questionários em 293 poloneses, que tinham entre 19 e 40 anos. Esta pesquisa confirmou que a solidão tem uma correlação negativa com bem-estar. A ruminação desempenhou o papel de mediador entre a solidão e o prazer, em que a solidão intensifica o nível de ruminação, reduzindo o nível de bem-estar.

Duval e Wicklund (1972) propuseram uma teoria que descreve a autoconsciência como um processo cognitivo que é auto avaliativo e de natureza aversiva, em que possui diversas consequências cognitivas, comportamentais e de ajustamento psicológico, com enfoque no bem-estar psicológico, sendo que altos níveis de autoconsciência tem uma possibilidade de estarem associadas ao bem-estar psicológico e ao sofrimento psicológico (TRAPNELL; CAMPBELL, 1999). Em paralelo a essa visão, para Teasdale e Green (2004), pessoas reflexivas provavelmente usam de lembranças positivas e negativas para obter insights sobre seus problemas, é possível que o pensamento reflexivo esteja associado tanto com afeto positivo e satisfação de vida quanto com afeto negativo. Pela reflexão ser uma forma bem-sucedida de buscar soluções para questões do cotidiano, sujeitos que são mais reflexivos possivelmente serão mais felizes, pois obteriam êxito em seus impasses. É válido observar que indivíduos pouco reflexivos apresentariam mais dificuldades em solucionar seus problemas.

O Bem-Estar Subjetivo (BES) pode ser influenciado por diversos fatores, quer de caráter intrínseco, que advém do próprio indivíduo, como exemplo, o poder de agir do trabalhador; quer de caráter extrínseco, relacionado ao ambiente (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012), como no caso do próprio trabalho e a função que exerce.

Através da possibilidade que o trabalhador tem de agir, mesmo que algumas vezes no trabalho, pressupõe que pode haver a adoção de uma postura de bem-estar. Sirgy (2006) salienta que o bem-estar no trabalho é um estado de satisfação, felicidade e BES, encontrando-se relacionado com a satisfação no trabalho. O ambiente laboral pode ser favorável para o aparecimento de características positivas nos profissionais, pois as organizações têm a possibilidade de oferecer práticas para a promoção do bem-estar, configurando-se como instituições nas quais estimulam a positividade (SELIGMAN, 2011). De acordo com Clot (2010a), estar em atividade implica sentir-se bem e por isso é ser sujeito de uma atividade mediatizante, em que o poder de agir é progressivo. Por isso, estar em atividade possibilitaria ao sujeito ter a liberdade e autonomia de tomar iniciativas e fazer ligações entre as coisas; se essa possibilidade lhe é negada, o profissional se vê diante de um trabalho insuportável.

Os significados exigem de nós mesmos e das empresas o gerenciamento de como nos relacionamos com o trabalho, fazendo com que os aspectos prazerosos prevaleçam sobre os de sofrimento. Portanto, o trabalho é a principal atividade na interação com o mundo, tendo importante função psicológica no nosso desenvolvimento como pessoa (CLOT, 2007). A Clínica da Atividade faz uma ligação entre saúde e atividade. Ao refletir sobre saúde e poder

de agir, Clot (2010a) acredita que a possibilidade de ser saudável é um poder de ação sobre si e sobre o mundo formado na convivência entre os indivíduos. Paralelo a isso, o BES é considerado uma dimensão positiva da saúde e a amplitude do construto tem permitido estudos em várias áreas da psicologia, principalmente no âmbito clínico e da saúde (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Vale observar que a função dos psicólogos é atravessada por adversidades, pois esses profissionais que atuam na saúde pública convivem com desafios, dentre os quais diretamente relacionadas à falta de reconhecimento e frustração profissional (PEREIRA, 2007) e questões da própria instituição (OLIVEIRA; SILVA; YAMAMOTO, 2007), sendo que esses problemas causam prejuízos à saúde e ao bem-estar do profissional (ARAÚJO, 2008).

Outro estudo (SILVA; COSTA, 2008) realizou uma investigação com equipes de psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO e verificaram que estes sofrem de angústias ao se envolverem com o sofrimento do usuário, com a necessidade de realizar uma formação profissional, por possuírem dificuldades, além de perceber que precisam melhorar os relacionamentos interpessoais com os colegas de trabalho. E consideram que são poucos os momentos de cuidado com a própria saúde mental no ambiente laboral. Segundo Clot (2010b), a ausência de significado da atividade a desvitaliza, tornando psicologicamente fatídico a consecução do trabalho. Por isso, a impossibilidade de discutir sobre os critérios envolvidos na qualidade do que se faz, impossibilita que os sujeitos não se reconheçam no próprio trabalho, tornando-as estranhas para si mesmas e gerando o que Clot denomina de "ativismo sem obra", uma atividade vazia. Consequentemente, o autor percebe que a doença no trabalho ocorre quando no aspecto laboral não há uma relação com a iniciativa do sujeito. A perda dos objetivos realmente válidos para o trabalhador e para os outros está na base do mal-estar no trabalho.

Em paralelo com os conceitos do Bem-estar Subjetivo, utilizaremos o conceito de sentido do trabalho nesta pesquisa a fim de estudar o trabalho dos psicólogos hospitalares. O modo de entender o sentido do trabalho está relacionado ao fato de a atividade laboral ser, além de uma fonte de sustento, uma forma de se ter uma ocupação e de o trabalhador se sentir como parte integrante de um grupo, além de envolver uma interpretação mais subjetiva. O conceito de sentido também está relacionado à autorrealização, à satisfação e ao sentimento de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional (TOLFO; PICCININI, 2007).

2.5 SENTIDOS DO TRABALHO E SUAS NUANCES

O trabalho tem um importante papel na sociedade, residindo em uma função essencial de formador da identidade. Para Clot (2007b), é no trabalho que se constrói a identidade e saúde do trabalhador e que se vive a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que - na organização do trabalho e na tarefa - resiste a sua capacidade, as suas competências, ao seu controle. O poder de sociabilidade do profissional e sua preponderância na formação do sujeito apontam para o seu sentido. O autor afirma que para que exista uma vida cheia de sentido fora do trabalho, é necessário que exista uma vida dotada de sentido dentro do trabalho, é necessário que o sujeito encontre na esfera do trabalho o primeiro momento de realização (ANTUNES, 2003).

Para diferentes abordagens teóricas, o trabalho é considerado a principal categoria da sociedade contemporânea (TONELLI; PLIOPAS, 2007). É necessário para o entendimento do sentido do trabalho na atualidade, entender que o trabalho continua representando um valor preponderante para a sociedade, como fonte de subsistência das pessoas e de realização pessoal, em que exerce uma influência positiva na motivação dos trabalhadores (MORIN, 2001b). Já para Leontiev (2007) as conquistas do desenvolvimento histórico humano são consolidadas e transmitidas de uma geração para outra de forma particular e de maneira externa. Esta nova forma de acumulação histórico-social surgiu porque a forma específica da atividade do homem é a atividade produtiva, sendo que o trabalho é intervenção no mundo. Por isso, a atividade fundamental dos homens é o seu trabalho.

Os sentidos justificam o porquê trabalhamos. Têm papel fenomenológico e existencial nas nossas vidas (BARROS; ÁLVARO; BORGES, 2018). Para Vygotski (1991), sentido refere-se à soma de todos os eventos psicológicos evocados em nossa consciência através da palavra. O sentido é sempre uma formação dinâmica, variável e complexa, que tem zonas de estabilidade diferentes. Em paralelo a esse pressuposto e incluindo o aspecto laboral, para Pereira (2017), sentidos do trabalho é um fenômeno complexo e multidisciplinar, interessando a diversas áreas do conhecimento, principalmente, à Psicologia.

Há diferentes teorias, ancoradas em seus referenciais epistemológicos, que abordam o modo como o homem dá sentido ao seu trabalho (TOLFO; PICINNINI, 2017; ANDRADE, TOLFO, DELLAGNELO, 2012). Nesse caminho, foi identificado cinco bases teóricas que fundamentam os estudos sobre ao sentido do trabalho, que são as perspectivas sócio-histórica,

a existencialista, a construcionista, a cognitivista e a psicodinâmica do trabalho (SCHWEITZER et al., 2016).

Na perspectiva sócio-histórica, os sujeitos constroem sua realidade a partir do registro de acúmulo das experiências em que ocorra interação com o ambiente sociocultural. Vale observar que os significados são produções históricas e sociais que, na percepção do sujeito, adquirem um sentido pessoal.

Na perspectiva existencialista, dar sentido aos próprios atos é uma necessidade vital para as pessoas, que busca dar a suas condutas um sentido aceitável para si e para sociedade em que vive. O sentido do trabalho se mostra como um produto da atividade humana e pode ser descrito com base em três componentes: a significação do trabalho (representações que o sujeito tem de sua atividade e o valor que lhe atribui), a orientação do indivíduo ao trabalho (inclinação para o trabalho, o que busca e o que guia suas ações) e a coerência que o trabalho tem para o indivíduo.

Na perspectiva construcionista, o sentido do trabalho é definido como uma construção social por meio do qual os sujeitos, na dinâmica das relações sociais, constroem os termos a partir dos quais entendem as situações a sua volta. Nesta abordagem, os sujeitos constroem o mundo ao produzir sentidos, utilizando-se de repertórios individuais e posicionamentos identitários para estes sentidos.

Na perspectiva cognitivista, os sentidos são agrupados em três dimensões, que são a centralidade do trabalho (relacionada à identificação pessoal com o trabalho, ao seu valor e relevância em relação às outras esferas da vida), as normas sociais sobre o trabalho (crenças e expectativas sobre direitos e deveres no trabalho) e os resultados valorizados do trabalho (razões para trabalhar e o que se objetiva ao trabalhar).

Já na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, tem o pressuposto de que o trabalho precisa fazer sentido para o indivíduo, seus pares e para a sociedade. O sentido do trabalho é construído por dois componentes: o conteúdo significativo em relação ao indivíduo e em relação ao objeto. Os elementos para explicação da construção de sentidos do trabalho são três: as características das tarefas realizadas; a organização do trabalho e as diferenças entre as pessoas.

A Psicopatologia e a Psicodinâmica do Trabalho trouxeram significativas contribuições da temática dos sentidos do trabalho, tendo como seu principal representante Dejours. Segundo os preceitos desta abordagem, o trabalho ocupa um papel importante como canalizador das angústias e necessidades humanas. O trabalho precisa fazer sentido para a própria pessoa, para seus pares e para a sociedade. O trabalho assume o sentido de luta pela transformação do sofrimento inevitável da angústia pela incerteza e fragilidade da vida em algo útil. Nessa perspectiva, o sentido se refere àquilo que o trabalhador atribui a sua relação na vivência com o trabalho e é singularizado pela forma através da qual a situação atual de trabalho se constitui (DEJOURS, 1987; DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007).

Além das diferentes teorias, diferentes abordagens metodológicas foram testadas para compreender o sentido do trabalho. Pesquisadores que se basearam nas concepções definidas pelo Meaning of Work International Research Team (MOW), que foi um grupo que se baseia no paradigma funcionalista criado na década de setenta do século XX para as pesquisas sobre sentido do trabalho, que enfocaram em uma abordagem quantitativa (ENGLAND, 1990). Já os pesquisadores com vertente na Escola Sociotécnica, da qual se podem citar os estudos de Trist (1978), partem do pressuposto que dados qualitativos são mais adequados para o entendimento do tema. Morin (2002b), por sua vez, utiliza de técnicas mistas como entrevistas iniciais, visando à construção de categorias de análise para construção dos instrumentos quantitativos, sendo uma vertente teórica que está relacionada ao paradigma interpretativista.

Os psicólogos Hackman e Oldham (1975), baseando-se no paradigma funcionalista, foram os precursores referentes aos estudos sobre o sentido do trabalho, estudando os impactos da qualidade de vida no trabalho aos sentidos atribuídos a ele. Mas o sentido do trabalho começou a ser estudado de forma mais consistente na década de 1980.

Para Borges e Alves Filho (2001), fundamentando-se no paradigma funcionalista, o sentido do trabalho detém características que consegue refletir seu caráter social, sendo subjetivo, refletindo a história individual de cada um. É social, pois além de representar aspectos compartilhados por um conjunto de pessoas, reflete as condições históricas da sociedade na qual está inserido. É dinâmico porque é um construto inacabado, em permanente processo de construção, não sendo restrito aos paradigmas citados.

Segundo Tolfo e Piccinini (2007), os pesquisadores do MOW conseguiram estruturar o significado do trabalho para o sujeito em três dimensões: centralidade do trabalho, normas sociais sobre o trabalho e resultados valorizados do trabalho. A centralidade revela o grau de relevância que o trabalho tem na vida de um sujeito em um determinado momento, as normais

sociais sobre o trabalho funcionam como regras sociais que norteiam as avaliações das pessoas no que se refere às recompensas obtidas pelo trabalho, incluindo os deveres e os direitos, e os resultados valorizados do trabalho são os valores relacionados com as finalidades que as atividades representam para as pessoas, o que as motiva a trabalhar.

Vale observar também a importância do grupo MOW, que desenvolveu estudos aplicados em vários países com o propósito de identificar as características do sentido do trabalho próprias de cada lugar. Baseando-se em seus resultados, infere-se que o sentido do trabalho é função tanto das experiências individuais quanto do contexto organizacional no qual o trabalhador está inserido (MOW, 1987).

Os sentidos do trabalho junto a grupos de trabalhadores tem a sua importância na função das maneiras de produção frente às transformações nas organizações e no aspecto laboral (SCHWEITZER *et al.*, 2016), sendo que conhecer os sentidos atribuídos ao trabalho é relevante, pois ele tem a capacidade de afetar de forma positiva e/ou negativa a relação que o trabalhador tem com seu trabalho e com seus colegas, o qual pode influenciar a cultura e práticas da instituição.

Os estudos sobre sentidos do trabalho de Morin (1996, 2001b, 2002b), fundamentado no paradigma funcionalista, enfatizam o modo de funcionamento da gestão dos trabalhadores, especificamente quando enumeram os aspectos da organização, influenciando no processo de significação do trabalho. Por isso, Berger e Luckmann (2004) salientam que não é possível que o indivíduo se desenvolva como indivíduo no isolamento, igualmente não é possível que o sujeito isolado produza um ambiente humano. Morin (2001b) realizou pesquisa no Canadá e na França, por meio de um questionário e de entrevistas, ambos aplicados a graduandos e graduados do curso de administração, com o objetivo de verificar o fenômeno trabalho e identificar os sentidos que os indivíduos atribuem a ele. Verificou-se que os participantes da pesquisa possuem uma concepção positiva do trabalho e que um trabalho com sentido possibilita independência, autonomia, relacionamentos satisfatórios, aprendizagem e contribui para a sociedade.

Como já ressaltado neste trabalho, a Clínica da Atividade, entende a atividade como a ação dotada de sentido (CLOT, 2007a). A noção de atividade enfatiza a dimensão subjetiva da ação. Surge como o principal aspecto na Clínica da Atividade, no que se refere ao trabalho, a pergunta sobre qual o sentido dado para o trabalho pelo sujeito que trabalha. Por isso, ao investigar a atividade, investiga-se a construção de sentidos e significados a partir do trabalho. Para Telles e Alvarez (2004), no contexto das empresas, a análise da atividade destaca a relação entre o trabalho prescrito, o trabalho realizado, os sentidos dados e produzidos a partir do

trabalho e as intervenções dos trabalhadores, de maneira individual e coletiva nos processos e atividades do trabalho.

Para Spinelli-De-Sá e lemos (2018) foram observados uma quantidade ínfima de publicações sobre o tema sentido do trabalho no Brasil, deixando claro que o tema ainda não é disseminado no meio acadêmico. Há pouco interesse em discutir o tema sob o ponto de vista de profissionais atuantes em áreas mais afeitas ao campo organizacional, como a financeira, de marketing e gestão de pessoas. As pesquisas brasileiras sobre o sentido do trabalho têm, como um de seus focos, a investigação de categorias profissionais, em que objetiva compreender os sentidos que estes indivíduos atribuem aos seus trabalhos. Para Morin (2001b), a execução de pesquisas sobre sentido do trabalho se torna relevante, porque problemas no âmbito laboral podem ser solucionados a partir destas conclusões. Sendo ainda que o trabalho representa um valor importante nas sociedades ocidentais, que exerce uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, na sua satisfação e sua produtividade.

O trabalho necessita ter sentido para que o sujeito se reconheça em ato e seja capaz de crescer como pessoa e como profissional (CARAM, 2013). O trabalho tem a capacidade de desenvolver o potencial dos trabalhadores; pelas relações que o trabalho gera, ele consolida a identidade social, e pelos seus resultados, permite ao trabalhador contribuir ao mundo e dar um sentido à sua existência (MORIN, 2001b), sendo que para um trabalho ter sentido ele deve possuir três elementos: O significado, que é a representação e valor da atividade para o sujeito; a orientação, que é a inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que o guia à atividade; e a coerência, que é a harmonia e o equilíbrio que o sujeito almeja.

O sentido, o papel e a importância que o trabalho assume é mediado por diversos compromissos, demandas, interesses e orientações, de forma que profissionais de diferentes setores atribuem diferentes significados ao trabalho (BALDRY et al., 2007). O trabalho pode ter diferentes sentidos a depender do sujeito que analisa, podendo ter uma perspectiva de um polo negativo, de um centro do contínuo e, por fim, de um polo positivo. A primeira perspectiva vê o trabalho como “maldição, castigo, estigma, penalidade”. A segunda, o coloca como instrumento para sobrevivência, e a terceira perspectiva é do trabalho como “missão, vocação, valor, fonte de satisfação (COUTINHO, 2009).

Congruente como a linha de pensamento acima, há uma discussão formulada por Antunes (2008) afirmando que se por um lado, é possível considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em

trabalho assalariado de maneira alienada. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, sendo que a finalidade é criar mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não em primeira necessidade de realização humana.

A partir da percepção positiva do trabalho, o sujeito desenvolve bem-estar físico e psicológico em relação a suas atividades, o que impacta seu comprometimento e seu desempenho. Um trabalho com sentido e bem conduzido, torna claro e objetivo o alcance dos resultados organizacionais, pois tanto estimula as competências da equipe, além de promover o desenvolvimento dos trabalhadores para que se sintam integrantes do processo. A noção de bem-estar não requer que os trabalhadores se sintam bem todo o tempo. A experiência de emoções dolorosas é uma parte normal da vida e ser capaz de gerenciar essas emoções negativas é essencial para o bem-estar de longo prazo, sendo que este bem-estar pode ser comprometido quando emoções negativas duram um tempo significativo e interferem na habilidade da pessoa de funcionar em sua vida cotidiana (MORIN, 2004; HUPPERT, 2009).

Segundo Arnold et al. (2007), o impacto positivo do sentido do trabalho no desempenho e bem-estar dos trabalhadores deixa notório que as organizações deveriam auxiliar seus funcionários a experimentarem o sentido do trabalho. Esta necessidade origina-se do entendimento de que quando o profissional entende que seu trabalho consiste em um bem maior e que lhe faz sentido, ele pode vivenciar índices de ajuste psicológico mais elevados, bem-estar, valorizar suas atividades laborais e sentir-se mais satisfeito com o trabalho. Este bem-estar experienciado pelos trabalhadores é importante para a organização (ARNOLD et al., 2007).

No que se refere ao sentido do trabalho e suas implicações para as organizações e seus empregados, este conceito está permeado por construtos como motivação e comprometimento. À medida que o sujeito encontra sentido no que faz, suas ações para com seu trabalho e para com a organização podem tornar-se mais positivas, isto é, mais comprometidas. A motivação é um processo psicofisiológico que raramente se pode observar diretamente, já que não se apresenta de forma igual, homogênea para todos os indivíduos (MORIN, 2004; MORIN, 2004b; ULRICH; ULRICH, 2011).

Segundo Bendassolli (2007), o sentido do trabalho pode estar associado à sobrevivência e obtenção de status, além do oferecimento de rotinas e estabelecimento de relacionamentos, podendo sofrer alterações no seu valor e na forma como é referenciado nas outras atividades da vida do sujeito. Com isso, o trabalhador pode ser comprometido em seu nível de motivação e

envolvimento com seu trabalho. Portanto, as investigações sobre o sentido do trabalho no âmbito das categorias profissionais têm a possibilidade de contribuir, por meio de distintos campos de pesquisa, para a compreensão das demandas pessoais que permitam ser atributos a um trabalho significativo (SILVA, 2015).

Piccinini et al. (2005) realizaram um estudo com profissionais de Recursos Humanos, onde a coleta de dados foi feita por meio de entrevistas, em que buscou-se encontrar os sentidos de trabalhos. Foram encontradas três dimensões para classificar o trabalho e seus sentidos, a saber: a individual, a organizacional e a social. Na primeira dimensão - individual -, o trabalho englobou valores morais (éticos) da pessoa, é prazeroso, possibilita valorização e crescimento, o profissional sabe com que objetivo ele está sendo realizado e acredita naquilo que está fazendo. Na dimensão organizacional, são relacionados fatores ligados à organização do trabalho e nas relações interpessoais no ambiente de trabalho, além disso, para que um trabalho tenha sentido, ele deve ser realizado em um ambiente agradável, que proporcione relações construtivas. Por fim, na dimensão social, o trabalho com sentido deve ser capaz de contribuir e ser útil para a sociedade (PICCININI et al., 2005).

Um trabalho que tem sentido é o trabalho que é realizado de modo eficiente e é intrinsecamente satisfatório, além de ser um trabalho que garante a segurança e a autonomia do profissional. Embora o salário seja associado a elementos de prestígio, ele remete aos elementos de segurança e de independência (MORIN, 2001b). Estes debates sugerem uma reflexão sobre as relações entre os trabalhadores e as empresas. Tais relações passam por transformações relevantes em virtude das mudanças que acontecem no cenário competitivo do trabalho. Portanto, torna-se primordial o entendimento do fenômeno sentido do trabalho como uma demanda do mundo contemporâneo com implicações diretas para as organizações e seus trabalhadores (BIANCHI, 2013). E com isso, podemos fazer a inferência de que o sentido de trabalho para determinado gênero profissional tem a possibilidade de favorecer o poder de agir (CLOT, 2010b), que está relacionado com a possibilidade de o trabalhador aumentar a sua ação no ambiente laboral, estando ligado à concepção de sujeito de ação, em que se sente responsável pelos próprios atos.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 DESENHO DA PESQUISA (TIPO DE ESTUDO)

Nesta pesquisa, foi realizada uma triangulação metodológica, em que o foco na abordagem ideográfica esteve fundamentado no método indireto da Clínica da Atividade e a abordagem nomotética, no tipo ex-post-facto, com uso de escalas psicométricas e informações quantificadas para investigação das interrelações entre todos os aspectos do estudo (qualitativos e quantitativos).

Tem como delineamento um estudo exploratório, que visa à integração de métodos em um contexto que explora a atividade. O estudo exploratório é indicado quando a pesquisa se encontra na fase preliminar. Tem por finalidade gerar informações sobre o assunto que se investiga, proporcionando sua definição e o seu delineamento, isto é, facilitando a delimitação do tema da pesquisa ou facilitando descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto, podendo ser um estudo de caso (PRODANOV; FREITAS, 2013), como realizado neste estudo referente à parte da perspectiva ideográfica.

O estudo de caso é definido como uma pesquisa empírica, que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, sendo utilizado especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes. Tem por objetivo explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno (MERCÊS; SILVA, 2018; YIN, 2010). Pode ser classificado como estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos. Este último, realizado nesta pesquisa, envolve mais do que um único caso e tem como vantagem proporcionar, por meio das evidências dos casos, um estudo mais robusto porque permite, além da análise individual, a análise entre os casos.

3.2 PARTICIPANTES

Os profissionais que foram convidados a participar da pesquisa são psicólogos hospitalares contratados de um hospital público da cidade de Recife/PE, incluindo psicólogos residentes pertencentes à área da Psicologia Clínica Hospitalar e dos Programas Multiprofissionais que fazem atendimento aos pacientes e familiares, além de trabalharem em uma equipe multiprofissional deste mesmo hospital.

A faixa etária dos participantes está entre 24 e 43 anos de idade, com uma média de 30

anos, sendo que todos estes psicólogos hospitalares pelo menos iniciaram uma especialização, um mestrado ou doutorado. O tempo de serviço no hospital varia de um 1 ano até 12 anos, sendo a média de 3 anos e 8 meses. Foram 18 participantes do sexo feminino e 03 participantes do sexo masculino, que atuam no setor ambulatorial (onde ocorre os atendimentos psicoterápicos), nas enfermarias (o paciente divide o quarto de internação com outras pessoas) no Hospital-Dia (modalidade de atendimento médico para pacientes que precisam permanecer sob cuidados por até 12 horas no máximo) e na UTI (são dotadas de sistema de monitorização contínua, que atende pacientes em estado potencialmente grave).

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética (juntamente com a carta de anuência assinada pela direção/comissão de ética do hospital), os psicólogos hospitalares foram contatados para participarem como voluntários desta pesquisa, e foram informados dos objetivos da pesquisa e de que ela será realizada em dois momentos.

Vale observar que no segundo momento da pesquisa aceitaram participar um psicólogo hospitalar contratado (com mais de 4 anos de experiência neste Hospital) e uma psicóloga que foi residente (de 2019 a 2021), e que no momento da pesquisa atuava em um hospital público diferente do qual realizou a residência. O objetivo de realizar a pesquisa com profissionais com diferentes modalidades de vínculo institucional foi verificar as regularidades e as diferenças entre as atuações dos dois psicólogos. Ambos responderam a pergunta-eliciadora do sentido do trabalho do primeiro momento.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Para a construção dos dados, realizou-se visitas ao hospital que foi o campo de estudo. Inicialmente, ocorreu uma visita ao hospital para uma conversa com a gestora de Psicologia, explicando como se daria a pesquisa, qual seria o público, qual o objetivo, havendo o consentimento dela para este estudo. Além disso, o objetivo foi observar *in loco* a parte estrutural desta instituição hospitalar, analisar o ambiente de trabalho, a demanda de pacientes, os procedimentos de inserção dos pacientes e dos respectivos familiares, os setores e outros aspectos concernente ao funcionamento do próprio hospital. No segundo dia, após o consentimento da gestora de psicologia, foi entregue a carta de anuência para a assinatura na seção responsável pelas pesquisas deste hospital. Objetivou-se conversar com alguns funcionários, para entender o funcionamento institucional. No terceiro dia, objetivou-se pegar a carta de anuência assinada e conversar com o colaborador do Hospital que acompanhou toda a pesquisa, auxiliando no que era preciso. Observa-se que ele é um dos psicólogos hospitalares

desta instituição, assim, facilitou o acesso aos outros profissionais e sensibilizou a participação desses na pesquisa. No quarto dia, objetivo foi conhecer alguns psicólogos hospitalares deste Hospital, explicar como seria a pesquisa e mostrar a importância da participação neste trabalho, com foco na discussão e conhecimento da área da Psicologia Hospitalar. Além de começar a entender o modo de trabalho destes profissionais, as principais demandas, setores que atuam, hierarquia institucional, clima organizacional e como é composta a equipe multiprofissional. No total, o pesquisador foi na instituição quatro vezes - antes da pandemia do COVID-19 surgir. Após essa situação, por caráter preventivo, o trabalho foi executado por via remota.

O estudo foi composto por dois momentos. No primeiro momento, o convite foi feito através de um link - criado na plataforma do Google, Google Forms - que daria acesso a pesquisa juntamente com o termo de consentimento disponibilizado pelo e-mail ou pelo WhatsApp do psicólogo, para responderem a uma pergunta-eliciadora. Foi incluído também um questionário sociodemográfico aos participantes, para obtermos informações relacionadas aos dados pessoais, econômicos e socioprofissionais dos participantes desta pesquisa (gênero, idade, renda e formação) e as aplicações das escalas. A divulgação da pesquisa foi realizada pela coordenação da área Psicologia deste Hospital e pelo colaborador da pesquisa.

A pergunta-eliciadora foi sobre os sentidos da atividade em psicologia hospitalar: “Qual o sentido do trabalho para você?”. O objetivo desta atividade foi proporcionar um momento para que o psicólogo hospitalar refletisse sobre como é o trabalho para ele e que descrevesse através de uma escrita livre.

Antes de iniciar o segundo momento, foram realizados testes-piloto para que a qualidade do roteiro de entrevista, das perguntas e os tempos de aplicações fossem avaliados, sendo entrevistadas duas psicólogas hospitalares (uma da cidade de Recife/PE e outra da cidade de João Pessoa/PB), e com a autorização das profissionais, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, foram transcritas e analisadas. No final das entrevistas, verificou-se o tempo destinado e se conversou com as psicólogas sobre as possíveis limitações dos instrumentos utilizados. Assim, observou-se o que poderia ser aprimorado, de modo geral.

Após a realização do primeiro momento supracitado, disponibilizaram-se 02 psicólogos hospitalares para participarem do segundo momento através de uma entrevista exploratória, que segundo Thompson (1992), é uma técnica que tem a capacidade de mapear o campo, colher ideias e informações. Com a ajuda deste instrumento se define o problema e localizam-se algumas fontes para resolvê-los. Essa entrevista foi realizada baseando-se nos resultados dos

dados do primeiro momento, que proporcionou a possibilidade de dialogar sobre os resultados das categorias de sentido elaboradas por eles, embasado pela abordagem da Clínica da Atividade. Foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice F), que teve como objetivo fazê-los pensar sobre as categorias, sobre o real da atividade e sobre o sentido do trabalho. A primeira entrevista teve duração de 55 minutos e a segunda entrevista teve duração de 1 hora e 26 minutos. Realizou-se a transcrição destas entrevistas para serem analisadas. Vale acrescentar que também foi utilizada uma dinâmica parecida à utilizada por Osório, durante a entrevista no segundo momento, que é intitulada “curto/não curto” (PACHECO; BARROS, 2013), baseando-se nas 06 categorias formuladas através da análise temática executada com os dados do primeiro momento através da pergunta-eliciadora (Apêndice E).

A entrevista foi realizada online, por meio do Google formulários e por videoconferência. A decisão para que a pesquisa ocorresse totalmente em ambiente virtual foi em virtude do contexto atual em que o Brasil vivencia no que se refere ao coronavírus e as suas consequências de isolamento social. Ressalta-se que o público da pesquisa são profissionais que trabalham em hospitais, aumentando ainda mais o risco de transmissão e propagação dessa pandemia.

Durante a pesquisa, foram respeitados todos os padrões éticos estabelecidos e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para análise através de registro na Plataforma Brasil, Submetido em 02 de julho de 2020 e sendo aprovado sob o CAAE de número 33380220.7.0000.5208, sendo permitida a construção dos dados.

4 PROPOSTA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os estudos de métodos mistos combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação. A utilização de desenhos com métodos mistos é uma tendência crescente na pesquisa em saúde. Esse aumento deve-se ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos (FAWCETT, 2015; DOORENBOS, 2014).

A partir da vinculação entre pesquisa quantitativa e qualitativa, os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem (CRESWELL, 2013).

No primeiro momento (abordagem nomotética), foram utilizadas análises estatísticas. Este tipo de análise mede o grau de associação das variáveis, a saber: autoconsciência e bem-estar de forma quantitativa. Com isso tem-se por intenção descobrir qual é a extensão da conexão entre as variáveis encontradas nas escalas de autoconsciência (EAC-R, EAS, QRR) e bem-estar, e a sociodemografia e variáveis da organização do trabalho hospitalar. Para a abordagem nomotética, serão utilizadas análises estatísticas de Correlação de Pearson, correlação de Pearson Bisserial e correlação de Spearman.

No que se refere à proposta analítica qualitativa, para a interpretação da escrita dos participantes sobre os sentidos do trabalho, utilizou-se a análise temática, que é um método de análise qualitativa de dados que identifica, analisa e relata padrões (temas), com o objetivo de identificar o que é similar no jeito como um tópico é escrito ou falado e de entender essas similaridades (DAMACENO; CHIRELLI, 2017). É uma abordagem analítica, que envolve o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno (STEFANELLO, 2008). A análise temática tem a capacidade de organizar e descrever seu conjunto de dados, além de colaborar para a geração de uma análise interpretativa (BOYATZIS, 1998). Este método permitiu o acesso às redes de significações dos psicólogos hospitalares que participaram da pesquisa a partir da análise das categorias temáticas geradas. A análise temática delineada por Braun e Clarke (2006) subdivide-se em 6 etapas, iniciando pela familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão de temas, definição e atribuição de nomes aos temas e a elaboração do relatório. Vale observar ainda que, para estes autores, é uma ferramenta que tem a capacidade de identificar, analisar e relatar padrões nos dados, em que os organiza e os descreve em detalhes. Durante toda a análise,

o realizador da pesquisa foi acompanhado por dois juízes qualitativos, que tinham a função de avaliar a formulação destas categorias. E só quando ambos aceitaram de forma consensual a categoria elaborada pelo autor, esta foi incluída na análise temática.

A análise da entrevista, que ocorreu no segundo momento, foi ancorada na perspectiva da Clínica da Atividade. Para Clot (2010a) a singularidade pode ser tomada como objeto de estudo, mas, para isto, faz-se necessário que se integre na compreensão da situação a unidade subjetiva da experiência, não focando exclusivamente às descrições de funções que se supõe pela experiência. Para isso, na análise desta pesquisa, o intuito sempre foi “ir além do que foi dito”, amparado nos pressupostos da Clínica da Atividade.

Nesse estudo, a unidade de análise é a atividade do psicólogo que trabalha no hospital, que pode ser entendida como dirigida ao comportamento deste trabalhador, ao objeto da tarefa - suporte emocional -, e aos outros - a equipe profissional, familiares, gestores-, visando o entendimento do fenômeno em suas tensões existentes entre as três direções da atividade, procurando observar como os psicólogos tentam escapar de seus empecilhos que dificultam/impedem a realização da atividade e como buscam meios de superar desta situação (CLOT, 2011).

Para a análise do poder de agir, do gênero profissional e o estilo dos psicólogos hospitalares, foi realizada uma análise fundamentada nos conceitos de atividades realizadas, prescritas, do real da atividade, buscando entender os conflitos que o psicólogo hospitalar vivencia no seu ambiente de trabalho, bem como o contexto de sua atuação.

Os resultados serão apresentados no tópico da “Análise e interpretação dos dados” em tópicos, inicialmente sendo explicitado a “Descrição Institucional do Hospital Escolhido”, com informações da estrutura desta instituição, a quantidade das demandas, as profissões incluídas na equipe multiprofissional e o grau de dificuldade em conseguir uma adesão suficiente de psicólogos hospitalares para participarem desta pesquisa. No tópico seguinte, que é “Sentido do Trabalho para os Psicólogos Hospitalares” o enfoque é discutir os sentidos do trabalho para os psicólogos hospitalares, quais são as categorias que emergiram dentro da análise e os sentidos destas categorias para a Psicologia Hospitalar. O tópico “Aspectos Correlacionais e os Seus Significados” analisará as correlações entre as escalas e as categorias de sentido. O último tópico, que é “A Psicologia Hospitalar com Enfoque na Clínica da Atividade”, objetiva discutir através da análise das entrevistas dos dois psicólogos participantes do segundo momento e com o embasamento da Clínica da Atividade o que estes profissionais pensam sobre as categorias,

sobre o real da atividade e sobre o sentido do trabalho, analisando o poder de agir e o gênero profissional destes psicólogos hospitalares.

4.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1.1 Descrição Institucional do Hospital Selecionado

A seleção deste hospital, dentre os diversos motivos, foi porque é uma instituição pública, atuando nas áreas de assistência médico-social, ensino, envolvendo também a pesquisa e a extensão comunitária. É importante observar que esta instituição é voltada para o atendimento preferencialmente à população carente pernambucana, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. Por isso, os psicólogos desta instituição têm a importante função de tentar acolher uma considerável demanda de pacientes, visto que esta instituição hospitalar realiza mais de 600 mil atendimentos anuais em seus serviços, em todas as áreas.

Este hospital executa pesquisas e formação técnico na saúde para organismos governamentais e não governamentais. Com mais de mil leitos, tem um conjunto de dez prédios, distribuídos numa área de superior a 65 mil m² que oferece, através do Sistema Único de Saúde (SUS), serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados para todas as idades, Hospital-Dia, emergências e salas para realização de diferentes terapias. Neste hospital há uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, odontólogos e farmacêuticos, e pelos participantes desta pesquisa, os psicólogos hospitalares.

A equipe multidisciplinar proporciona uma assistência integral ao enfermo, atuando de forma interativa na prevenção e no tratamento. Estes profissionais de saúde trabalham de acordo com as especificidades de sua formação, atuando na promoção à saúde, formação de profissionais, ações assistenciais individuais e em grupo, e participação em projetos de pesquisa.

Dentro deste nível de complexidade no âmbito de saúde, os psicólogos hospitalares que se encontram neste hospital são profissionais que lidam constantemente com muitas demandas - paciente/família/equipe - e diversos assuntos significativos, como a morte e o morrer. Por isso,

ouvir os profissionais que cuidam dos pacientes que sofrem e estão enfermos, dando oportunidades de expressarem as especificidades de sua profissão, torna-se um momento de autoconhecimento e conscientização do seu papel social.

A impressão que o pesquisador teve deste hospital, ao visitá-lo, é que sua estrutura física é grande, contudo, precisa de manutenção periódica e constante para melhorar a qualidade do atendimento à população carente da cidade de Recife. No que se refere especificamente às áreas de atendimento dos psicólogos, como no ambulatório, que é um ambiente adequado, havendo inclusive materiais de Psicologia, como materiais lúdicos para o atendimento de crianças. Por ser um hospital público, mesmo havendo muitos psicólogos, comparado a outros hospitais, pela quantidade de setores e de pacientes, ainda são poucos profissionais, dificultando atender todas as demandas.

Referente à estruturação da equipe de psicólogos, há uma coordenadora na qual todos os psicólogos (os contratados, os residentes e os estagiários) estão submetidos. Cada psicólogo tem um setor específico, e que a depender da circunstância, pode haver rotatividade. Para os psicólogos contratados são 30 horas de trabalho, já para os residentes são 60 horas. Eles podem trabalhar no sistema de plantão. Vale observar que no início da pandemia, os atendimentos foram por via remota, porém, atualmente existem os dois modelos de atendimento: o presencial e por via remota.

Uma outra questão observada pelo pesquisador no contato com a instituição e com seus profissionais, foi a dificuldade para que os psicólogos hospitalares respondessem aos instrumentos da pesquisa. Observa-se que a aplicação dos instrumentos ocorreu após o início da pandemia, sendo um aspecto que pode ter contribuído para o surgimento desta adversidade, tanto no sentido de o pesquisador não poder encontrar esses profissionais *in loco*, quanto pela demanda que aumentou para os psicólogos hospitalares após o início da pandemia. E para se entender o psicólogo hospitalar nesta dinamicidade, busca-se, inicialmente, focar na análise do sentido de trabalho destes profissionais, que é como o psicólogo compreende a sua experiência nas organizações.

4.1.2 Sentido do Trabalho para os Psicólogos Hospitalares

Este tópico se deterá na análise das respostas dada pelos 21 participantes à pergunta-elicidadora “Para você, como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?”. Através destas

respostas, com base na análise temática, focou-se em categorizar e interpretar o que foi observado de mais relevante para esta classe profissional no que diz respeito ao sentido do trabalho.

As categorias sistematizadas para análise são “a estrutura do atendimento em psicologia”, “a natureza da clínica no contexto hospitalar”, “a identificação e gratificação profissional”, “o suporte emocional/cuidado ao outro e relevância social”, “as características do trabalho em psicologia hospitalar” e “a dimensão ética-política. Essas categorias foram elaboradas a partir da escrita livre dos participantes sobre os sentidos do trabalho.

Ressalta-se que cada um dos 21 participantes elaborou mais de um sentido sobre o trabalho na instituição profissional (Apêndice D), como ficou evidenciado pela análise temática.

Os participantes foram nomeados de Psicólogo 1 a Psicólogo 21, caracterizando o quantitativo de profissionais. Uma dificuldade encontrada nas respostas dos participantes foi o fato deles elaborarem textos escritos muito curtos, o que dificultou uma interpretação mais profunda.

ESTRUTURA DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA

Esta categoria se refere aos sentidos da prática da psicologia no contexto hospitalar em seus aspectos de estrutura dos atendimentos.

Identificou-se no discurso dos participantes que não há um espaço pré-definido para o atendimento psicológico dos pacientes, que é próprio desta atuação no hospital, conforme afirma o Psicólogo 12 “Não temos espaço pré-definido” e o Psicólogo 4 “tira o profissional de uma zona de conforto em que a escuta psicológica apareceria bem delimitada em uma sala com horários e pacientes definidos”. Segundo Medeiros (2020), no *setting* hospitalar, o manejo do psicoterapeuta é necessário por se tratar de um contexto adverso, o que é considerado pelo Psicólogo 12 quando diz: “carrego o *setting* terapêutico comigo por todo o hospital”, o que, aliás, mostra-se como uma característica própria do atendimento nesse tipo de instituição, como evidenciam os participantes. Ressalta-se que o trabalho multidisciplinar auxilia neste trabalho que acontece em todos os espaços, pois a observação dos profissionais em relação aos pacientes é mais uma fonte de informação que o psicólogo pode utilizar para um melhor atendimento.

Salienta-se que o trabalho multidisciplinar é enfatizado dentro desta categoria, como diz o Psicólogo 11, ressaltando que sua atuação se torna mais relevante quando é inserida em um trabalho em equipe, “como trabalho interdisciplinar”. Ao especificar o hospital como campo de

atuação em Psicologia, nota-se um ambiente de diferentes demandas. Observa-se também que participando de uma equipe multidisciplinar, como assegura o Psicólogo 6 que “atua de modo interprofissional”, o psicólogo hospitalar tem como elementos cotidianos de suas intervenções a interação com profissionais de outras áreas e com o hospital enquanto instituição (LANGARO, 2017). E essa característica de trabalho interdisciplinar, incluindo o psicólogo na equipe de saúde, favorece a melhora do paciente, pois envolve tanto o cuidado físico quanto o psicológico.

No momento em que se considera que a função do psicólogo hospitalar é permeada por outros campos da saúde, tem-se o reconhecimento de um atendimento em rede. Corroborando com esse pensamento, o Psicólogo 1 afirma ser necessário ter o “bom diálogo entre a equipe”. Por isso, a escuta deste profissional, não somente dá lugar à palavra do paciente e a dos seus familiares, como também a da equipe que trabalha no ambiente hospitalar (CUNHA, 2021).

O psicólogo hospitalar se envolve nas relações entre os pacientes, familiares e equipe de saúde, tornando-se um facilitador entre essas partes, o que é congruente com a fala do Psicólogo 6 ao afirmar que a sua atuação “lhe exige competência para mediação”, facilitando a relação de comunicação entre a equipe hospitalar e o paciente e/ou a família. Por isso, ao psicólogo cabe desenvolver a sensibilidade para conhecer a realidade do paciente e contribuir para sua adaptação (ANGELOCCI, 2020), agindo de maneira humanizada para a promoção da autodeterminação do enfermo e para a validade do discurso deste sujeito, com a consciência da existência de outros papéis sociais, além do próprio papel de enfermo, se valendo da natureza da clínica no contexto hospitalar.

NATUREZA DA CLÍNICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

A categoria “Natureza da clínica no contexto hospitalar” refere-se às características de constante reinvenção da prática do psicólogo hospitalar, de aprender fazendo, onde é frequente a descoberta de uma nova forma de fazer e de inovação. Isto é observado na fala do Psicólogo 12 que afirma: “muitas vezes temos que ir experimentando”, além da exigência de constante aprendizagem teórica. Isto, talvez, seja um reflexo do fato de a psicologia hospitalar ter nascido com a característica de reinvenção e de se ajustar às suas especificidades. Para Castro (2004), apesar da relevância da atuação do psicólogo dentro do hospital, a formação deste profissional ainda está voltada para a clínica centrada no sujeito, com objetivos psicoterapêuticos, psicodiagnósticos e analíticos. Conseqüentemente, essa característica clínica está inclusa no sentido do trabalho destes profissionais. Ou seja, é algo que ainda persiste entre os psicólogos, embora a Psicologia Hospitalar já tenha evoluído com o processo de reinvenção. Isso porque

nesta instituição, o psicólogo esbarra em elementos não controláveis como na clínica, pois além do paciente-terapeuta, há uma equipe inteira, a qual é preciso se integrar, além de outras variáveis (KERBAUY, 2002).

É uma área que necessita de constante estudo e atualização, onde, muitas vezes, as teorias existentes não abarcam toda a complexidade do ambiente hospitalar (dos fenômenos clínicos que ocorrem nesse contexto), por isso, a flexibilidade e a adaptabilidade são características frequentes dos psicólogos hospitalares. Isso fica evidente nas falas do Psicólogo 12 ao ressaltar que “a todo momento a prática se reinventa no real” e do Psicólogo 2 ao afirmar que “diante do nosso atual momento, percebo que a própria classe de psicólogos está [o próprio trabalho no contexto hospitalar dos psicólogos] reinventando”. Nesse sentido, Brooks et al. (2020) ressaltam que um exemplo é a pandemia causada pela COVID-19, em que muitos profissionais necessitaram desenvolver a habilidade para enfrentar as situações de adversidades e insegurança existentes atualmente, e, no caso dos psicólogos, a implantação do atendimento remoto pode ser citada como uma prática que se inseriu de forma maciça. Isso se deve ao fato de que o CFP, após o início da pandemia, facilitou este tipo de atendimento remoto para os psicólogos em diversas áreas (BRASIL, 2020).

Há na teoria dentro da Psicologia Hospitalar uma relação com a vivência prática, proporcionando constantes mudanças e desenvolvimento para a própria área. No contexto hospitalar, há uma reinvenção constante pelas razões de novos eventos, como, por exemplo, o COVID-19, ficando evidenciado nos comentários de alguns participantes da pesquisa, como o Psicólogo 12 que diz sentir “que é um campo em pesquisa e ascensão” da Psicologia Hospitalar, e o Psicólogo 2 que afirma perceber “que é um campo que cresce a cada dia”. Segundo Alves e Silva (2018), a trajetória da Psicologia Hospitalar justifica sua importância e consolidação como uma área nova para o saber psicológico, tendo para o Psicólogo 12 o sentido de se estar “construindo novas formas de atuação constantemente”. Contudo, ainda há a necessidade de sistematização da prática do profissional em foco e da elucidação das diversas nuances das suas condições laborais e de como isso se relaciona com a saúde daqueles que a executam, inclusive podendo influenciar na identificação e gratificação profissional.

IDENTIFICAÇÃO E GRATIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Esta categoria especifica o grau de identificação com a área da Psicologia Hospitalar. Sobre este aspecto, Junio (2020) resalta que, os estágios são uma excelente forma de teste de aptidão, pois é importante o contato com o próprio ambiente da prática para verificar seu grau de identificação com determinada área. O que é ilustrado no discurso do Psicólogo 2 ao ressaltar

“meu estágio foi em hospitalar e fiz residência no [hospital] Getúlio Vargas” em que o estágio proporciona excelentes elementos para a apropriação da rotina, da relação com os colegas, do contato subjetivo com a realidade e da troca de experiências com os profissionais na ativa. Por isso, inferimos que o contato do profissional com a Psicologia Hospitalar através da graduação, do estágio e da residência, pode levar a um processo de identificação com esta área.

O Psicólogo 2 afirma: “sempre me identifiquei com essa área” e essa afirmação nos faz pensar sobre o grau de complexidade envolvida nas escolhas de carreira dos jovens brasileiros (COSTA et al., 2018), o aparecimento da relação entre escolhas de carreira de Psicologia e a identificação de determinada profissão, sendo uma dimensão transversal nos quais são considerados fatores como história pessoal, influência familiar e outros. Percebe-se que, para alguns sujeitos, a identificação pode surgir desde a graduação ou na época do estágio e se prolongar na atuação profissional, como se observa no discurso do Psicólogo 9 ao afirmar que “desde que comecei a faculdade de psicologia, queria trabalhar na área hospitalar”.

Esta categoria também enfoca na satisfação em ser psicólogo hospitalar e da realização profissional. Observa-se que a atividade do psicólogo hospitalar é considerada uma experiência gratificante e há um crescente reconhecimento social deste ofício. Uma carreira dentro de uma perspectiva subjetiva - como pode ser o caso da Psicologia Hospitalar -, refere-se à percepção pessoal dos papéis e das experiências no âmbito laboral, ou seja, relaciona-se à realização pessoal e profissional, à satisfação no trabalho e ao prazer laboral. Percebe-se essa situação na fala do Psicólogo 1 ao considerar “sou feliz em exercer [essa profissão]”, da Psicóloga 17 ao dizer “estou satisfeita com que eu faço” e do Psicólogo 20 que diz que o que realiza é “satisfatório” (MAGALHÃES; BENDASSOLI, 2017).

Para Pires e Nunes (2018), o conceito de satisfação laboral está positivamente associado à percepção de suporte organizacional, que nesta pesquisa, é a instituição hospitalar - e à percepção de práticas organizacionais virtuosas, pois quando o profissional se sente bem na empresa onde trabalha, o seu desempenho poderá aumentar. No caso, as afirmações do Psicólogo 13, “é uma experiência muito gratificante”, do Psicólogo 1 “é um bom trabalho” estão convergentes com esse pressuposto, interferindo na qualidade ao suporte psicológico e ao cuidado aos pacientes.

SUPORTE EMOCIONAL/CUIDADO AO OUTRO E RELEVÂNCIA SOCIAL

Esta categoria trata da dimensão humana do psicólogo hospitalar, de suporte emocional para os pacientes e seus familiares e a consequente relevância social decorrida desses fatores. A fragilidade no processo de adoecimento faz com que o psicólogo hospitalar proporcione um

papel primordial dentro das equipes (MELO, 2015), e como afirma o Psicólogo 14, esse profissional lida “com questões sensíveis humanas”, minimizando a despersonalização dos pacientes. Uma das consequências dessa abordagem, segundo o Psicólogo 8, é possibilitar “suporte para que o mesmo [paciente] consiga lidar com as dificuldades da situação vivida da melhor forma”, atingindo o objetivo da Psicologia Hospitalar. E essa abordagem subjetiva inclusive auxilia na recuperação dos aspectos físicos do paciente, pois pode proporcionar uma humanização no tratamento além de diminuição do isolamento emocional que o doente enfrenta no hospital.

O psicólogo hospitalar tem como a principal função o acompanhamento psicológico do enfermo, viabilizando um espaço para as subjetividades, a vivência da doença e a ressignificação da tríade equipe-família-paciente no processo saúde-doença (ASSIS; FIGUEIREDO, 2019). Nessa senda, o Psicólogo 1 afirma que a atuação do psicólogo hospitalar acontece no sentido de que o processo de adoecimento possa “ser vivenciado sem sofrimentos insuportáveis”, em que é uma função relevante dentro da equipe multiprofissional. Para poder dar um auxílio psicológico ao paciente, fazendo com que ele enfrente os sofrimentos do processo de adoecimento de uma forma mais resiliente, este profissional precisa ter, segundo o Psicólogo 14, uma “disponibilidade emocional”, facilitando assim a sua função no ambiente hospitalar.

Esta categoria também salienta a relevância social que a Psicologia Hospitalar tem para os pacientes, sendo acalentador para o outro em um momento de sofrimento emocional e que, de forma macro, consegue acelerar a volta desses enfermos à sua vida normal, contribuindo com a sociedade, no retorno da pessoa as suas atividades de rotina. Nota-se essa visão na afirmação do Psicólogo 8 que diz que é “um trabalho muito importante para trazer um acolhimento diferenciado ao paciente”. Nessa linha de raciocínio, o objetivo do profissional de psicologia nos hospitais é tratar do sofrimento, traduzido pelo cuidar. A Psicologia Hospitalar é a área de compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos em torno da enfermidade, em que todo adoecimento possui questões psicológicas e se encontra repleto de subjetividade, por isso a relevância do psicólogo neste contexto. Vale acrescentar que o Psicólogo 7 ressalta que “é um trabalho importante para as pessoas que estão hospitalizadas”, corroborando com o pressuposto de que as manifestações da subjetividade humana diante de uma situação de adoecimento atingem diversos aspectos do ser humano, sendo que o psicólogo consegue auxiliar o paciente a vivenciar a enfermidade da forma menos traumática possível, (FONSECA, 2018; IMONETTI, 2018), através das suas características funcionais na área hospitalar.

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

Esta categoria relaciona-se com as características intrínsecas ao trabalho do psicólogo hospitalar, como a sua inegável complexidade, envolvendo diversos aspectos do funcionamento hospitalar, além das peculiaridades da própria profissão. Percebe-se nos discursos dos participantes, o grau de dificuldade enfrentado por estes profissionais, como fica visível nas afirmações dos Psicólogos 11, 12 e 14, em que dizem ser o trabalho “complexo”, além do Psicólogo 20, que diz que ele é “difícil”. Os hospitais são sistemas complexos compostos por vários departamentos, sendo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, inclusive os temas abordados pelos psicólogos hospitalares em sua função - tais como o processo de adoecimento e a morte, em uma estrutura física desfavorável (SOUZA, 2018).

Outro aspecto relevante do trabalho do psicólogo hospitalar é o dinamismo nos diversos setores deste contexto de trabalho e o seu impacto positivo para a saúde mental dos pacientes e familiares, como salientam o Psicólogo 4 ao ressaltar que “é um trabalho muito dinâmico” e o Psicólogo 20, ao afirmar que é um trabalho “dinâmico”. Para se inserir no ambiente hospitalar, é necessário um conhecimento teórico do profissional de Psicologia além de uma capacidade de adaptação nos diversos setores, cada um com uma peculiaridade particular, por se tratar de uma instituição completamente complexa. Além disso, as demandas e as próprias emoções em lidar com o adoecimento amplificam esse aspecto de dinamicidade, pois nesse ambiente a rotina e as necessidades são extremamente variáveis (MEDEIROS, 2020).

As constantes demandas vivenciadas por esse profissional somada à carência de psicólogos hospitalares, facilita uma exaustão nas suas diversas formas de atendimento, pois convivem com doenças e conflitos psicológicos. Percebe-se esse cenário na fala do Psicólogo 5 ao dizer que a este profissional “não permite ficar parado” e na fala do Psicólogo 4 que ressalta o fato de que “faltam profissionais suficientes”.

Segundo Ismael (2005), há dificuldades referentes à inserção do psicólogo no hospital, tanto pela razão da desvalorização desta classe quanto pela supremacia do modelo biomédico, além de que foi observado pelo Psicólogo 4 que “faltam profissionais suficientes”. E esta insuficiência de psicólogos dificulta a realização de um trabalho adequado. Além disso, o Psicólogo 6 afirma que “o psicólogo hospitalar tem uma rotina intensa de trabalho”, dando margem para que o trabalho realizado reflita de forma negativa na vida e saúde do psicólogo.

A psicologia dentro do hospital é uma atribuição desafiadora, pois existem vários participantes envolvidos, em que o psicólogo intermedeia essas relações com o foco na melhora psíquica do paciente. O psicólogo hospitalar lida com muitos aspectos que interferem na

subjetividade das pessoas, como a enfermidade e o falecimento, sendo que promover espaços de saúde mental neste cenário é o seu principal atributo. Por isso, ao serem perguntados “como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?”, os Psicólogos 1, 16, 11 e 13 afirmaram que é “desafiador”.

É inegável que a prática exercida pela Psicologia Hospitalar cresça o campo de atuação dos psicólogos, permitindo uma interação de conhecimentos com demais áreas de saúde, conseguindo enxergar os profissionais, familiares e os próprios pacientes para além de suas enfermidades, recobrando a esperança de atendimentos multiprofissionais integrados e mais humanos (ANGELOCCI, 2020; DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020). Convém salientar que a Psicologia Hospitalar vive uma realidade de mudanças, pois os psicólogos não frearam seus serviços devido à quarentena imposta pela pandemia do novo coronavírus, incrementando os impasses que a psicologia vem enfrentando e que, segundo o Psicólogo 5, é um “incômodo [...] [referente ao trabalho impactante] que estimula a ação”.

Segundo Simonetti (2013), o local que o psicólogo necessita ocupar é como o “olho do furacão” ou como expressa o Psicólogo 6 é viver “sob situações contínuas de estresse”. O lugar é seguro e calmo, mas rodeado de turbulências, conflitos e tudo o mais que os eventos cotidianos de um ambiente hospitalar traz, como desabafa o Psicólogo 12 ao dizer que é um local “exaustivo em suas formas de atender”, inclusive no que concerne ao aspecto ético e político da atuação.

DIMENSÃO ÉTICA-POLÍTICA

Esta categoria se refere a uma visão mais ampla da psicologia hospitalar acerca dos parâmetros éticos, do conhecimento das políticas públicas e da noção do Sistema Único de Saúde do Brasil. Isso é algo defendido, por exemplo, pelo Psicólogo 11 que afirma a importância do “compromisso ético-político” desse profissional, e pelo Psicólogo 6 que destaca os “discursos da política pública que orienta o setor onde atua” ao refletirem sobre a necessidade de um conhecimento que possa servir para o psicólogo hospitalar compreender o contexto em que o paciente está inserido, e poder direcionar e auxiliar os pacientes e os seus familiares. Por isso, é necessário desde a graduação, além da formação da perspectiva tecnicista, a ampliação da formação política e reflexiva (SALES; GOMES, 2020).

A inserção dos psicólogos é significativa na dimensão macropolítica, em que se pode relacionar com o discurso do Psicólogo 11 que afirma que “a rotina requer outras disposições”, inferindo-se assim que além de um conhecimento sobre o funcionamento de outras seções e sobre o trabalho de outros profissionais, neste Hospital, é necessário ter a noção de como

encaminhar o paciente para outras instituições quando não há determinado serviço. Somado a isso, este profissional pode ser um esclarecedor dos direitos destes pacientes que também são cidadãos, contribuindo para o reconhecimento destes últimos enquanto sujeitos de direitos. Ainda congruentes com a fala do Psicólogo 11 sobre essas “outras disposições”, ressalta-se a importância do posicionamento ético-político do profissional desta área, pressupondo um olhar atento ao cenário político brasileiro. A visão macro que o psicólogo hospitalar deve se apropriar favorece o auxílio ao paciente e a seus familiares, onde os direitos do cidadão e as diretrizes do Sistema Único de Saúde devem servir de base para qualquer entendimento do complexo sistema hospitalar, como adverte o Psicólogo 5 que chama atenção para a importância do conhecimento sobre o “funcionamento do sistema de saúde como um todo”. Esse tipo de conhecimento favorece uma noção contextual do ambiente de seu trabalho, proporcionando um entendimento do que pode ser realizado para auxiliar os pacientes e seus familiares, além dos possíveis encaminhamentos que possam ocorrer dentro da estrutura do SUS (NETO, 2019; DE LIMA; ROMAGNOLI, 2017; SILVA; CARVALHES, 2016).

Falar de saúde é referir-se também a aspectos mais amplos como o direito a transporte, à educação, à cultura. Por isso, a Psicologia da Saúde lida com intervenções no âmbito social (BRASIL, 2018) que prevê a construção de um processo de formação ética, crítica, política e reflexiva baseada nos princípios promotores das políticas públicas e dos direitos humanos, o que é revelado no posicionamento do Psicólogo 11, que valoriza o “compromisso ético-político” no contexto hospitalar, inferindo-se assim que este aspecto seria o sentido de trabalho que este profissional expressa. Por isso, a tomada de decisão no trabalho e na saúde implica a articulação de diferentes saberes mediados por esse posicionamento. Assim, entende-se que a complexidade, a heterogeneidade e a técnica são características do processo de trabalho em saúde e desafiam diariamente esses profissionais (CARVALHO, 2019).

4.1.3 Aspectos Correlacionais e os Seus Significados

A descrição destes resultados se organizará na apresentação das correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares e as escalas de autoconsciência (EAS, QRR, EAC-R). Em seguida serão exibidas as correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares/variáveis sociodemográficas e a escala de bem-estar subjetivo. Também será analisada as correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares/variáveis sociodemográficas com as categorias temáticas. Posteriormente, serão apresentados os resultados correlacionais entre as escalas de autoconsciência/escala de bem-

estar subjetivo com as categorias temáticas. Além disso, serão apresentados os resultados correlacionais entre as categorias temáticas. Por fim, serão apresentados os resultados correlacionais entre as escalas de autoconsciência e a escala de bem-estar subjetivo.

Os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares e as escalas de autoconsciência apresentaram as seguintes correlações: o nível de satisfação em trabalhar como psicólogo hospitalar e o fator ansiedade social (EAC-R) exibiram correlação negativa ($r = -.483$; $p < 0,31$). Já o nível de satisfação com a estrutura do seu local de trabalho (arranjo do espaço físico, equipamentos, materiais disponibilizados) apresentou correlação negativa com a mediação icônica da autoconsciência situacional ($r = -.489$; $p < 0,29$). Referente à satisfação sobre o quanto o psicólogo se percebe valorizado na instituição hospitalar em que trabalha e a autoconsciência pública, houve uma correlação negativa ($r = -.518$; $p < 0,19$). O nível atual de percepção de bem-estar no ambiente de trabalho apresentou correlação positiva com a mediação icônica da autoconsciência situacional ($r = .451$; $p < 0,46$) e correlação negativa com a dimensão da autoconsciência pública ($r = -.449$; $p < 0,47$). Já a percepção de sua estima própria (por você mesmo/a) e o fator ansiedade social (EAC-R) apresentou uma correlação negativa ($r = -.511$; $p < 0,21$). Não houve correlações com as escalas de autoconsciência referentes às dimensões fator reflexão de autoconsciência situacional, fator ruminação de autoconsciência situacional, fator ruminação de autoconsciência disposicional e fator reflexão de autoconsciência disposicional.

Examinando as correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares com a escala de bem-estar subjetivo, enfatiza-se que o nível de satisfação em trabalhar como psicólogo hospitalar apresentou correlação positiva com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .590$; $p < 0,06$). Sobre a satisfação quanto você se percebe valorizado na instituição hospitalar em que o psicólogo trabalha exibiu correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.662$; $p < 0,01$), e correlações positivas com afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .806$; $P < 0,000$) e com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .608$; $P < 0,004$). A percepção de bem-estar no ambiente de trabalho apresentou correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.608$; $p < 0,004$), e correlações positivas com a dimensão afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .551$; $P < 0,012$) e satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .464$; $p < 0,039$). A percepção de sua estima própria (por você mesmo) apresentou correlação negativa com afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.625$; $P < 0,003$), e correlações positivas com afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .828$; $p < 0,000$) e satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .668$; $p < 0,001$).

Ainda referente às correlações entre os aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares com a escala de bem-estar subjetivo, a percepção de bem-estar com sua vida como um todo exibiu correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.594$; $p < .006$), além de correlações positivas com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .633$; $p < .003$) e com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .715$; $p < .000$). A percepção de satisfação com sua vida como um todo apresentou correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.471$; $p < .036$) e correlações positivas com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .659$; $p < .002$) e com satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .693$; $p < .001$). Observa-se que a dimensão de percepção de sua saúde física em geral apresentou correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.476$; $p < .034$) e correlação positiva com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .594$; $p < .006$). Por fim, a percepção de sua saúde mental em geral apresenta correlação negativa com a dimensão do afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = -.634$; $p < .003$), e apresenta correlações positivas com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = .606$; $p < .005$) e satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .495$; $p < .027$).

No que se referem aos aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares e as categorias temáticas, foram verificadas as seguintes correlações: *Residentes e características do trabalho em psicologia hospitalar* exibiram correlação positiva ($r = .522$; $p < .018$). Quanto ao nível de satisfação com o ambiente relacional de sua instituição hospitalar e a *Natureza da clínica no contexto hospitalar* exibiram correlação negativa ($r = -.725$; $p < .000$). O nível atual de percepção de bem-estar no ambiente de trabalho e a *Estrutura do atendimento em psicologia* exibiram correlação negativa ($r = -.462$; $p < .040$). A percepção de bem-estar com sua vida como um todo exibiu correlação negativa com as *Características do trabalho em psicologia hospitalar* ($r = -.486$; $p < .030$) e com as características do trabalho em psicologia hospitalar ($r = -.450$; $p < .046$).

Sobre as escalas de autoconsciência/escala de bem-estar subjetivo com as categorias temáticas, foi possível identificar seguintes correlações: a dimensão fator ruminação de autoconsciência situacional e a *Gratificação profissional* apresentou uma correlação positiva ($r = .505$; $p < .023$). O Fator ansiedade social (EAC-R) e a *Identificação e gratificação profissional* apresentou uma correlação positiva ($r = .517$; $p < .020$). O fator ruminação de autoconsciência disposicional e a *Identificação e gratificação profissional* apresentou uma correlação positiva ($r = .508$; $p < .022$).

Entre as categorias temáticas, foi averiguada a seguinte correlação: *Características do trabalho em psicologia hospitalar* exibiu uma correlação positiva com a *Estrutura do atendimento em psicologia* ($r = .557$; $p < .011$).

E por fim, entre as escalas de autoconsciência/escala e de bem-estar subjetivo, apresentaram as seguintes correlações: A dimensão fator reflexão de autoconsciência situacional apresentou correlação positiva com a autoconsciência privada ($r = .590$; $p < .006$) e com a reflexão disposicional (QRR) ($r = .688$; $p < .001$). O fator ruminação da autoconsciência situacional apresentou correlação positiva com a mediação icônica da autoconsciência situacional ($r = .751$; $p < .000$), com o fator ansiedade social (EAC-R) ($r = .453$; $p < .045$) e com a ruminação disposicional (QRR) ($r = .764$; $p < .000$). A dimensão mediação icônica da autoconsciência situacional apresentou correlação positiva com a ruminação disposicional (QRR) ($r = .615$; $p < .004$) e com a reflexão disposicional (QRR) ($r = .492$; $p < .028$). A autoconsciência privada apresentou correlação positiva com a autoconsciência pública ($r = .615$; $p < .004$) e com a reflexão disposicional (QRR) ($r = .782$; $p < .000$). A autoconsciência pública apresentou correlação positiva com o fator ansiedade social (EAC-R) ($r = .574$; $p < .008$), com a ruminação disposicional (QRR) ($r = .495$; $p < .026$), com a reflexão disposicional (QRR) ($r = .563$; $p < .010$), com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = .527$; $p < .017$); além disso, a autoconsciência pública apresentou correlação negativa com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = -.259$; $p < .270$) e com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = -.479$; $p < .033$). A dimensão fator ansiedade social (EAC-R) apresentou correlação positiva com o fator ruminação de autoconsciência situacional ($r = .453$; $p < .045$), a ruminação disposicional (QRR) ($r = .605$; $p < .005$), o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = .605$; $p < .005$) e apresentou correlação negativa com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = -.621$; $p < .003$).

Ainda sobre correlações entre as escalas de autoconsciência/escala de bem-estar subjetivo, a dimensão fator ruminação de autoconsciência disposicional apresentou correlação positiva com o fator ruminação de autoconsciência situacional ($r = .764$; $p < .000$), com a mediação icônica de autoconsciência situacional ($r = .615$; $p < .004$), com a autoconsciência pública ($r = .495$; $p < .026$), com o afeto negativo do bem-estar subjetivo ($r = .468$; $p < .038$) e apresentou correlação negativa com a dimensão satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = -.489$; $p < .029$). A dimensão reflexão disposicional (QRR) apresentou correlação positiva com o fator reflexão de autoconsciência situacional ($r = .668$; $p < .001$), com a mediação icônica de autoconsciência situacional ($r = .492$; $p < .028$), com a autoconsciência privada ($r = .782$; $p < .000$) e com a autoconsciência pública ($r = .563$; $p < .010$). O afeto negativo do bem-estar subjetivo apresentou correlação positiva com a ruminação disposicional (QRR) ($r = .468$; $p < .038$), além de ter apresentado correlação negativa com o afeto positivo do bem-estar subjetivo ($r = -.663$; $p < .001$). O afeto positivo do bem-estar subjetivo apresentou correlação positiva com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo ($r = .696$; $p < .001$).

4.1.4 Discussão Parcial dos Aspectos Correlacionais

Observamos que o nível de satisfação em trabalhar como psicólogo hospitalar e o fator ansiedade social exibiram correlação negativa. Sabendo que a ansiedade social é uma reação de desconforto experimentada pelo sujeito na presença de outras pessoas (FENIGSTEIN; SCHEIER; BUSS, 1975), infere-se que os profissionais satisfeitos em trabalhar como psicólogos hospitalares não apresentaram esta característica, havendo um sentimento de bem-estar em ter contato com os outros profissionais da equipe de saúde, os pacientes e os seus respectivos familiares.

Houve correlação negativa entre a satisfação quanto ao se perceber valorizado na instituição hospitalar em que trabalha e a autoconsciência pública, que se refere à reflexão sobre os aspectos externos do Self que permitem ao indivíduo perceber-se enquanto objeto social. Inclui a focalização sobre aspectos como comportamentos, aparência física, características corporais (FENIGSTEIN; SCHEIER; BUSS, 1975), interferindo negativamente nesta satisfação.

A percepção de sua estima própria (por você mesmo/a) tem uma correlação negativa com o fator ansiedade social, fazendo com que o profissional se sinta bem na presença de outras pessoas, pelo fato de estar bem consigo mesmo e saber lidar com os problemas diários.

As correlações positivas entre o nível de satisfação em trabalhar como psicólogo hospitalar e o afeto positivo do bem-estar subjetivo evidenciam uma estreita relação entre o gostar de trabalhar no ambiente hospitalar com todas as características de dinamicidade vivenciadas neste ambiente e a influência no bem-estar do profissional. Vale observar que o afeto positivo é um contentamento hedônico puro experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade; é um sentimento transitório de prazer ativo (DIENER, 1995). Sendo que este estado de entusiasmo pode reciprocamente interferir no nível de satisfação profissional.

A satisfação, por ser valorizada na instituição hospitalar em que os psicólogos trabalham, proporciona baixo afeto negativo do bem-estar subjetivo (correlação negativa), em que a valorização se torna importante para minimizar as emoções consideradas ruins, e naturalmente havendo correlações positivas com o afeto positivo e com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo. Em que o profissional (DIENER, 1984) pode avaliar a satisfação geral com a própria vida de forma que proporcione um crescimento pessoal e profissional.

Partindo desta mesma linha de raciocínio, os aspectos de percepção de bem-estar com sua vida como um todo, de percepção de sua estima própria (por você mesmo), de percepção

de sua saúde física em geral, e de percepção de sua saúde mental em geral apresentaram correlação negativa com a dimensão do afeto negativo do bem-estar subjetivo, e também apresentaram correlações positivas com o afeto positivo e satisfação com a vida do bem-estar subjetivo. Esses resultados deixam claro a relevância dos aspectos do ambiente laboral dos psicólogos hospitalares no bem-estar subjetivo destes profissionais. O bem-estar no trabalho é um estado de satisfação, felicidade e BES, encontrando-se relacionado com a satisfação no trabalho. Dizendo de outra maneira, o ambiente laboral pode ser favorável para o aparecimento de características positivas nos profissionais, pois as organizações têm a possibilidade de oferecer práticas para a promoção do bem-estar, configurando-se como instituições nas quais estimulam a positividade (SELIGMAN, 2011; SIRGY, 2006), e isto aconteceu no local onde foi realizada a pesquisa.

Em paralelo ao trabalho de Robertson et al. (2015), que conseguiu especificar que o bem-estar no trabalho aumenta BES, no resultado do estudo com os psicólogos hospitalares, observou-se que a percepção de bem-estar no ambiente de trabalho tem uma correlação negativa com o afeto negativo do bem-estar subjetivo, e correlações positivas com a dimensão afeto positivo do bem-estar subjetivo e satisfação com a vida do bem-estar subjetivo. Apesar de Warr (2007) considerar o bem-estar no trabalho como um bem-estar de domínio específico, é influenciado por fatores e atividades do trabalho, enquanto o bem-estar descontextualizado sofre influências da família, de fatores sociais, esses dois tipos de bem-estar apresentam uma correlação nos resultados desta pesquisa.

A correlação positiva entre os residentes e as características do trabalho em psicologia hospitalar pode estar relacionado ao conhecimento e à aprendizagem pelo profissional psicólogo que começa a ter contato com as peculiaridades da psicologia hospitalar, em que uma das consequências é a identificação. Contudo, essa mesma categoria do trabalho em psicologia hospitalar exibiu correlação negativa com a percepção de bem-estar com a vida como um todo, pois esta característica envolve uma inegável complexidade, um dinamismo nos diversos setores deste contexto profissional, constantes demandas vivenciadas por esse trabalhador somada à carência de profissionais, facilitando uma exaustão natural no psicólogo hospitalar, nas suas diversas formas de atendimento, em que convive com doenças e conflitos psicológicos.

A satisfação com o ambiente relacional da instituição hospitalar apresenta correlação negativa com a natureza da clínica no contexto hospitalar, provavelmente por esta última categoria se referir às características de constante reinvenção da prática do psicólogo hospitalar, onde é frequente a descoberta de uma nova forma de fazer e de inovação, sendo que o modelo biomédico no contexto hospitalar não aceita com facilidade as características como

flexibilidade e a adaptabilidade, típicas da psicologia hospitalar. Por isso, a satisfação no local em que trabalha, para os psicólogos, pode estar relacionado a uma adaptabilidade referente à supremacia do modelo biomédico.

O nível atual de percepção de bem-estar no ambiente de trabalho e a estrutura do atendimento em psicologia exibiram correlação negativa, o que provavelmente está relacionado às exacerbadas demandas que o psicólogo hospitalar vivencia em um hospital público, sendo necessário um atendimento focal para abarcar as diversas demandas exigidas neste ambiente.

No que se refere às categorias temáticas, houve uma correlação positiva entre as *Características do trabalho em psicologia hospitalar* - como a sua inegável complexidade, o seu dinamismo e as constantes demandas - com a *Estrutura do atendimento em psicologia*, em que o psicólogo hospitalar está envolvido nas relações entre os pacientes, familiares e equipe de saúde. Por isso, para lidar com pessoas em estado de sofrimento é necessário estar apto a lidar com as mais variáveis adversidades.

A correlação positiva entre o fator ansiedade social com os fatores ruminação de autoconsciência situacional, a ruminação disposicional, o afeto negativo do bem-estar subjetivo é explicado pelo fato que a reação de desconforto experimentada pelo sujeito na presença de outras pessoas pode estar relacionada com as emoções e a apresentação de ansiedade com o que descobrem sobre eles próprios (autoruminação), por causa de interferências nos processos cognitivos e afetivos. Além disso, e de maneira inversa, esse mesmo desconforto na presença de pessoas apresenta uma correlação negativa com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo, ficando evidente que quando uma pessoa se sente bem consigo mesmo, geralmente, não há dificuldade em interagir socialmente.

O afeto negativo do bem-estar subjetivo dos psicólogos apresentou correlação positiva com a ruminação disposicional, pois os ruminadores mostram sentimentos negativos de ameaça e perda (MORIN, 2002a) interferindo na sensação de bem-estar. Além disso, o afeto positivo do bem-estar subjetivo apresentou correlação positiva com a satisfação com a vida do bem-estar subjetivo, mostrando que a satisfação e a emoção geralmente convergem para uma mesma direção.

Consonante com a discussão supracitada, a dimensão fator ruminação de autoconsciência disposicional apresentou correlação negativa com a dimensão satisfação com a vida do bem-estar subjetivo, deixando evidente que quando há pensamentos negativos sobre si próprios, há também a uma ausência de satisfação com a vida.

A dimensão reflexão disposicional apresentou correlação positiva com o fator reflexão de autoconsciência situacional, mostrando que os psicólogos que apresentam estas

características, estão relacionados à curiosidade genuína em ampliar o autoconhecimento de maneira criativa, fazendo com que consigam se engajar nas atividades de autorreflexão que levem a autoaspectos do self como autoestima, autonomia, autoimagem corporal (SILVIA; O'BRIEN, 2004).

A dimensão reflexão disposicional apresentou correlação positiva tanto com a autoconsciência privada - tendência de um indivíduo dirigir sua atenção para aspectos internos - quanto com a autoconsciência pública - compartilhado na intersubjetividade-, inferindo-se que quando há uma sensação de fascínio com que descobrem sobre si (autorreflexão), os psicólogos conseguem lidar consigo mesmos e com as demais pessoas (FENIGSTEIN, SCHEIER; BUSS, 1975). Nesse contexto, será inserida uma análise da psicologia hospitalar com embasamento da clínica da atividade, verificando assim as possíveis relação com o que foi descrito na análise quantitativa.

4.1.5 A Psicologia Hospitalar com Enfoque na Clínica da Atividade

Este tópico terá como foco a análise das entrevistas realizadas com os 02 psicólogos que participaram do segundo momento do estudo. Eles são nomeados aqui, de maneira fictícia, de Helen e de Guilherme. Esta análise está subdividida em dois subtópicos, onde o primeiro é “ Encontrando o Significado Laboral: identificando-se com a atividade hospitalar” e o segundo é “ Do Gênero profissional ao Poder de Agir do Psicólogo Hospitalar: para além do que é previsto no coletivo”.

O Guilherme, profissional contratado, tem residência em Psicologia Hospitalar, está cursando doutorado, trabalha neste hospital há 5 anos e atualmente está inserido no setor de oncologia, contudo já passou por praticamente todos os setores da instituição.

A Helen, iniciou a residência em psicologia hospitalar em 2019 e a concluiu em 2021. Durante este tempo, atendeu em diferentes setores, inclusive no ambulatório.

4.1.5.1 Encontrando o Significado Laboral: identificando-se com a atividade hospitalar

Buscou-se analisar no discurso dos dois participantes quais foram as atividades impedidas e as atividades realizadas desses profissionais no ambiente de trabalho, quais são os pontos de tensões encontrados na rotina laboral referente às suas funções e como eles superaram essas adversidades. Para isso, foi iniciada a discussão com o aspecto estrutural que os psicólogos hospitalares têm que lidar.

Pesquisador: Olá Helen, é, vamos começar a nossa entrevista, eu vou te falar o seguinte, na primeira etapa de pesquisa, a gente, dentre as aplicações dos instrumentos, a gente perguntou para seus colegas deste hospital “como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?”, dentro deste contexto e através da fala dessas pessoas, inclusive a sua, a gente conseguiu formar algumas categorias. Então eu vou mostrar para você e por favor, se posicione de que maneira você percebe essas imagens. Só um momento... Você está conseguindo visualizar?

Helen: Estou vendo. “Estrutura do atendimento em Psicologia Hospitalar.

Pesquisador: De que maneira você percebe esta categoria, se baseando na resposta de seus colegas.

Helen: Nas respostas de meus colegas eu não tenho acesso e aí eu não sei. Mas se baseando na minha eu fico pensando se cria muitas estruturas de atendimento de psicologia hospitalar. Parece que o espaço do hospital ele delimita e apresenta uma estrutura de atendimento e pensando teoricamente é isso que, a gente estuda. Na prática, eu vejo de outra forma. Eu vejo que a relação que a gente consegue estabelecer com aquela pessoa que está falando é o que vai dar o alicerce para o atendimento.

Observando o discurso da Helen, percebe-se que essa estrutura interfere no trabalho do psicólogo hospitalar, podendo ser um fator que dificulta a realização da atividade deste profissional, gerando sofrimento, pois isto passa pelo querer trabalhar e ser impedido de fazê-lo. Contudo, a depender do enfoque que o psicólogo dá à sua função, essas tensões podem ser resolvidas (CLOT, 2010a) através de uma compreensão mais abrangente acerca da sua própria atividade profissional, ampliando a possibilidade de saber o que fazer para prestar um bom serviço.

Pesquisador: E como você se sentia?

Helen: Frustrada. Frustrada, porque, enfim, você quer atuar de uma maneira que você julga que é o melhor no momento e não poder por questões institucionais, é difícil. Acontecia muito com lista de espera no ambulatório, com pessoas que a gente atendia na enfermaria, e queria levar para o atendimento ambulatorial e tinha uma lista de espera, que tinha que dar conta, mas era uma lista que não andava porque não era

muito organizada e a gente precisava justificar uma extrema urgência para atender aquela pessoa ou não conseguia atender.

Ainda se percebe no comentário da participante que as normatizações impostas dentro do funcionamento institucional, muitas vezes, se tornam divergentes ao que é necessário ser feito para o suporte emocional disponibilizado aos pacientes. Ademais, observa-se, por meio do seu discurso, que o trabalho prescrito é permeado pelas estruturas de atendimento da Psicologia Hospitalar, envolvendo padronizações em forma de estrutura que presidem as ações do trabalho, como, por exemplo, a delimitação de um psicólogo para determinado setor, sendo que, muitas vezes, isso acaba dificultando a prestação de um bom serviço. Neste caso, o que o hospital prescreve sobre o que e como o psicólogo deve fazer (BUENO; ROCHA, 2016), e, nesse conteúdo, muitas vezes, o psicólogo deixa de atender determinado paciente, pois tem que seguir uma lista de atendimentos. Por isso, às vezes, a sensação do profissional é de frustração por tentar auxiliar um paciente, mas por conta de uma variável externa (a lista de espera), esse suporte é impedido de ser realizado, como afirma a Helen no comentário acima.

Outra fonte de insatisfação que surge no discurso dos psicólogos é a demanda excessiva que existe no hospital. A sobrecarga de trabalho proporciona uma exaustão física e mental, que influencia no desempenho, no bem-estar e na satisfação na vida (MARCOS; MORAES; NOGUEIRA-MARTINS, 2008). Este tipo de reflexão fica nítido no comentário de Helen ao afirmar que bem-estar no trabalho e o bem-estar em outras áreas da vida estão relacionados, e que, para ela, a constância de exaustão no contexto hospitalar atingiu negativamente o seu bem-estar como um todo. Por isso, o trabalho real (CLOT, 2011), que é aquilo que é feito a partir do que se deve fazer, sofre interferência de diferentes fatores.

Pesquisador: Como está o seu bem-estar lá no hospital?

Helen: Então, eu estava lá enquanto residente, em um lugar bem específico, por mais que eu atue como psicóloga hospitalar, eu fiz lá durante esses dois anos, tudo que um psicólogo contratado, digamos, funcionário da casa poderia fazer, mas bem-estar no trabalho é complicado, sabe. Porque é atravessado de muitas demandas e é muito cansativo, pelo menos para mim foi. E aí a qualidade de vida ela cai bastante. Assim, comia menos, não dormia muito bem, tinha que estar lá muito cedo, chegava em casa muito cansada. E aí os outros aspectos

da vida, tão envolvidos nesse bem-estar no trabalho, o bem-estar no trabalho ele não está só recortado, não tem bem-estar no trabalho se você não está bem em outros aspectos também. E aí eu acho que ficou bem comprometido, assim, o meu bem-estar. [...]

Pesquisador: O que propicia mal-estar no trabalho para você? Justifique.

Guilherme: Acho que são rotinas sobrecarregantes, né, a gente tem uma demanda muito grande, uma necessidade muito grande, uma busca muito grande né, e às vezes você não consegue dar conta e isso gera pra mim, em mim, um mal-estar no sentido de, eu queria fazer mais e não consigo, não fazer essas coisas que eu já falei né, desde uma questão financeira, se eu dissesse assim, ah eu ganho bem para estar neste emprego e se dedicar muito mais, propor coisas novas e aí não dar, né, isso vai gerando mal-estar, e aí quando existe muita demanda, que você não consegue pensar, não consegue refletir, rever sobre você mesmo, como seria o estudo, é, você entra em um ciclo interminável de que você está ali para trabalhar, e às vezes não está trabalhando bem, aí você não é reconhecido e aí vai gerando um mal-estar cíclico, né, cíclico que é interminável [...].

Percebe-se, assim, nos dois comentários acima, que além da grande demanda que ocorre nos hospitais, há poucos profissionais psicólogos nesse ambiente institucional, ampliando a tensão que os psicólogos hospitalares vivenciam. Somado a isso, a falta de reconhecimento financeiro e de reconhecimento da própria equipe gera um mal-estar nos profissionais do Hospital pesquisado (CLOT, 2010a). Por isso, principalmente, a função dos psicólogos que atuam na saúde pública, como ocorre com Helen, convive com desafios, dentre os quais a frustração profissional, causando prejuízos à saúde e ao bem-estar do profissional (PEREIRA 2007; ARAÚJO, 2008).

O trabalho executado por este profissional (CLOT, 2007a), ou seja, aquilo que é feito a partir do que se deve fazer (que é o suporte emocional) é dificultado de ser realizado por conta desta demanda existente no hospital, que além do paciente que vive uma situação específica e difícil, há o contato também com os familiares do enfermo, como é notificado no comentário abaixo.

Entrevistador: [...] Como você percebe o suporte emocional, cuidado ao outro e a relevância social.

[...]

Guilherme: cara, eu acho que é algo que precisa melhorar muito no Hospital, se a gente for pensar com as equipes, né, para fazer um

conjunto maior, né, o suporte emocional, pensando no meu setor. Posso falar especificamente onde estou hoje, né, que é na oncologia. Eu acredito que é muito bem pensado, a gente pensar... que estamos falando de pacientes com câncer, né. E todas as etapas, desde quem tá chegando. A gente que não tem mais proposta de modificação de doença né, são encaminhados para os cuidados paliativos até pacientes em fim de vida, a gente teria dois psicólogos, tá, e eu que trabalho na parte ambulatorial e no hospital-dia, é a porta de entrada e uma outra psicóloga fica nas enfermarias, somos dois. E apesar de sermos nos dois, ela tem três residentes, mas eu tô só, é, é muito forte essa preocupação sobre como as pessoas estão, né, e aí, tanto que na porta de entrada, que sou eu, enquanto psicólogo, tem uma boa dinâmica, quem quiser marcar, pode marcar. [...] Não é só para paciente, então, eu tô falando em minha atuação especificamente, isso se debruça, né, e isso se expande para os familiares, né. Receber uma notícia que tem uma doença ameaçadora da vida como o câncer e repercussão que isso tem na vida dessas pessoas né, do paciente e familiares é muito grande, né. Então, a gente precisa ter este suporte, é fundamental, mas se for pensar ao mesmo tempo que só tem eu nesse setor, é impossível dar conta de todos os pacientes que existem, né [...].

Entrevistador: Do que você falou Guilherme, e você observou nesta categoria, você acha que é relevante e realiza, é relevante e não realiza, não é relevante e não realiza ou não é relevante e não realiza?

Guilherme: Não, é relevante e realizo. Mas no limite do possível, mas eu faço.

O real da atividade (CLOT, 2007a) se revela na vivência cotidiana do Guilherme com dificuldade no setor de oncologia, pois, ao estar sozinho, este profissional não consegue executar em plenitude aquilo que se almeja no suporte emocional aos pacientes. Contudo, mesmo havendo muitas limitações referente à disponibilização deste suporte, pela insuficiência de profissionais, ainda assim, Guilherme, dentro do “limite do possível”, consegue realizar com os pacientes e os seus familiares a escuta terapêutica, favorecendo a atividade de acolhimento. Por outro lado, o que não consegue dar conta, o que não consegue atingir (CLOT, 2010a) se torna algo significativo no desempenho profissional deste entrevistado, pois consegue realizar a sua função de auxiliar no sofrimento psicológica dos pacientes, mesmo com as limitações por conta das demandas.

Guilherme tem a consciência de que não é possível proporcionar um suporte psicológico para todas as demandas que surgem no setor em que trabalha, por isso, a disseminação da relevância do psicólogo no ambiente hospitalar para a equipe multiprofissional e gestores está atravessada no seu discurso no decorrer de toda entrevista. Do mesmo modo que o Guilherme,

Helen também revela a consciência da importância do suporte emocional aos pacientes, como pode ser percebido em seu discurso.

Pesquisador: Eu vou passar a próxima imagem. Sempre lembrando que a pergunta é “como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?” e por favor, se posicione de que maneira você percebe, vou te passar a próxima imagem, o suporte emocional/cuidado do outro e relevância social.

Helen: Hum, então isso é muito do que a gente faz. Não sei se eu colocaria com essas palavras, de suporte ao outro, mas enfim. Mas cuidado ao outro, é o que a gente faz. A gente cuida, enquanto psicólogo hospitalar, a gente cuida dentro do hospital, a partir desta escuta que a gente conversou aqui até agora e é isso. O trabalho da gente é isso. O que é que vai ser cuidado vai ser discussões “enes”.

Como é refletido por Helen, a realização da atividade do psicólogo hospitalar, traduzida nas interações do profissional com seu objeto de trabalho, que seria o suporte emocional ao paciente, oferece um sentido para o seu trabalho. Afinal, exercer no hospital a atividade para a qual foi formada, proporciona um pertencimento à profissão, além de ter a sensação de que pôde contribuir para a recuperação dos pacientes.

O adoecer e o período de internação marcam uma ruptura com o curso da vida de qualquer paciente, inclusive nas formas de relação com familiares e nas outras áreas, como o trabalho. Por isso, cabe ao psicólogo proporcionar uma intervenção sobre os efeitos do adoecer, especificamente na sua possível interferência no aspecto psicológico do paciente, como ressalta Guilherme: “A gente cuida, enquanto psicólogo hospitalar, a gente cuida dentro do hospital”, enfatizando a real importância do cuidado ao outro como função deste profissional da saúde (DIAS et al, 2020). Vale observar que esse cuidado também é ressaltado por Helen, havendo convergência do discurso de ambos sobre este aspecto.

E quando nos referimos ao suporte emocional dentro do hospital, é válido abordar também a equipe da qual o psicólogo faz parte. Sobre a equipe multiprofissional e dentro da estrutura do atendimento em Psicologia Hospitalar, nota-se que o psicólogo necessita mostrar o seu valor e a sua importância, pois os outros profissionais da equipe de saúde, por desconhecimento da função e/ou do papel do psicólogo, tornam-se um fator de tensão para a realização das suas atividades. Por conseguinte, dificulta o trabalho do psicólogo hospitalar,

pois este profissional precisa se dividir entre o suporte/cuidado aos pacientes e a sensibilização da necessidade da própria existência na equipe de saúde. Essa situação fica evidente no comentário de Guilherme, que reflete que isso torna sempre muito árdua a inserção da Psicologia nesta equipe (SOARES, 2017). Contudo este profissional tem a consciência desta dificuldade e supera esta situação através da divulgação para as equipes dos setores que ele trabalhou sobre a relevância do trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar.

Entrevistador: Certo, e como é a sua inserção na equipe multiprofissional, como psicólogo hospitalar?

Guilherme: [...] sempre acaba sendo um trabalho árduo, né. Eu já passei por vários setores no hospital e todos, sem exceção, foi um caminho que eu tive que construir mesmo, né. Uma equipe multiprofissional não era tão aberta a presença da Psicologia, sabe? E eu considero fundamental essa atuação em conjunto[...] E na enfermaria cirúrgica, é, foi um processo que eu tive que começar do zero, né. Do zero não, mas quase que do zero, porque a psicologia quase que não era percebida. Não é, e diria que, palavras da própria equipe, né, ninguém sabia quem era o psicólogo. Não sabia que o psicólogo fazia. E sempre teve a impressão de que o psicólogo deixava as coisas mais confusas pro paciente do que de fato, dava suporte, né. E aí, teve que começar todo o trabalho, de muita reunião, muita conversa, então. Minha atuação desde o início, e toda parte dos setores que eu passei, eu precisei lidar com isso, né. [...] E hoje funciona muito bem. [...] Faço conexão com outros setores do hospital também. Pra tentar buscar uma assistência mais integrada, né? Mas assim, é também um caminho que está se construindo, né. Então, tem muitos médicos lá que nem sabem que existe né, um caminho para outro setor de psicologia e não para o meu especificamente, da oncologia. Então, como são lá uns 30 a 40 médicos e de psicólogo só tem eu, nesse setor, é, ainda um trabalho muito formiguinha, né. Então, pra a equipe de enfermagem eu já sou alguém mais evidente, né. [...] As outras profissões só são um. Então, é aí fácil a gente está se comunicando. Dos médicos, alguns a gente consegue conversar, outros a gente conversa indiretamente, alguns a gente consegue fazer até reuniões. Mas tudo ainda tateando, né.

O autorreconhecimento profissional de Guilherme é evidenciado no seu discurso, o que lhe fornece segurança quanto à qualidade do seu serviço, ainda havendo indiferença da equipe (CLOT, 2008). Mesmo Guilherme notando que há muitas dificuldades quanto ao reconhecimento do psicólogo dentro do contexto hospitalar pela equipe, ele se recria para manter uma comunicação tanto diretamente com o outro profissional da equipe, quanto através de uma conversa indireta com o médico (através de um paciente ou outro profissional da equipe de saúde), com o objetivo de integrar-se nesta equipe para realizar a sua função. Enquanto fonte de tensão, esta ação se caracteriza como uma propagação de seu trabalho para a equipe de saúde

e, ao mesmo tempo, como uma forma para ele lidar com esta tensão.

É válido observar que o Guilherme teve que iniciar todo o processo de comunicação com a equipe multiprofissional em todos os setores que passou, mas ele consegue encarar como um desafio divulgar para a equipe a função do psicólogo. Dentro deste panorama, mesmo não havendo um reconhecimento externo inicial ao psicólogo, é possível, para ele, se reconhecer na sua atividade. De acordo com a visão da Clínica da Atividade, é necessário que o profissional, neste caso o psicólogo hospitalar, se reconheça no ofício, como o faz Guilherme. Reconhecer-se na sua atividade (CLOT, 2010a) tem duas significações na Clínica da Atividade: tanto como reconhecimento nos resultados do trabalho realizado quanto em reconhecimento do que o trabalhador faz de si na sua própria atividade, podendo levar a uma identificação profissional, como nota-se no diálogo com Guilherme.

Entrevistador: Entendi. E no que se refere à identificação e gratificação profissional, você acha que teve alguma alteração desde o período que você entrou até os dias atuais?

Guilherme: cara, eu vou te falar por mim mesmo, né, apesar de eu falar assim, estou muito motivado, sou muito apaixonado pelo que eu faço. Isso não significa que eu não tenho momentos ruins, né, e eu posso lhe dizer com 100% de certeza que cada vez mais, ao longo desses quatro anos eu me identifico cada vez mais, com a atuação, né, é, é, e aí, nesse sentido eu acho que eu sei que é isso que quero, é uma das coisas que eu quero fazer para minha vida. E a gratificação aí é tênue né, de um lado a gratificação por ser reconhecido, dos pares, o reconhecimento é muito bom, eu acho que isso vem melhorando, né, apesar de ir mudando de setor e a gente começar do zero de novo. Financeiramente, eu acho que falta muito ainda, muito, muito, nesse sentido, eu não vou dizer nem que melhorou, nem que está do mesmo jeito, pois piorou né, enfim, tem inflação e coisas do tipo e especificamente a questão financeira é, hoje eu ganho menos de quando eu comecei, né, então, é, isso pesa no próprio processo de que você tem que dividir atenção com outros espaços, e talvez muito do estudo, da dedicação, das coisas todas que envolvem ser um bom profissional na área, acaba sendo fragilizado, né, porque a gente tem que partir para outras coisas.

O reconhecimento autêntico se dá na possibilidade do psicólogo reconhecer-se em algo além de sua história individual, reconhecendo-se na importância da sua profissão. Reconhecer-se no que faz é estar seguro tanto da utilidade social do serviço, como de sua qualidade. É através desse movimento que esses trabalhadores podem suportar as decepções advindas da busca pelo reconhecimento do outro, no caso do comentário acima, o Guilherme deixa especificado que o reconhecimento conquistado é algo importante, mas tensiona com a valorização profissional (CLOT, 2010a). O aspecto financeiro é outra questão que, muitas

vezes, aparece no discurso dos dois psicólogos e que vai ao encontro da própria gratificação e do reconhecimento para o psicólogo.

Baseando-se ainda na fala de Guilherme, o aspecto salarial se torna uma questão que dificulta a atividade do psicólogo hospitalar, desviando a atenção deste profissional para outras atividades que geram uma renda extra. Vale acrescentar que as possibilidades de superação, referente a este problema financeiro, é o profissional tentar olhar os aspectos positivos como a identificação e o autorreconhecimento; concomitante a isso, mostrar através da prática profissional para os outros membros da equipe de saúde a relevância da Psicologia.

Quando essa maneira de reconhecimento é impossibilitada, quando não é possível que o psicólogo se reconheça no que faz, sua atividade é desestabilizada, conseqüentemente, ocorre a busca por um reconhecimento no outro, que não é capaz de responder a esse desejo de reconhecimento (CLOT, 2010a). Para Guilherme, percebe-se que o que dificulta a atividade deste profissional é a falta de reconhecimento financeiro e o reconhecimento da equipe.

Pesquisador: Há algum aspecto que dificulta ou impede o seu trabalho? Se sim, quais e por quê?

Guilherme: [...]acaba que a principal dificuldade é o reconhecimento financeiro, né, claro, tem outros, né, como eu disse, muitos profissionais que não têm consciência do que a gente faz, nosso trabalho e dão menos valor, mas eu acho que isso é algo que pra mim é, faz parte de nossa atuação, esclarecer isso, não por menos. E é justamente mostrar esse reconhecimento pra gente ganhar terreno.

Entrevistador: Ok então. Dentro desse contexto, você acha que a categoria identificação e gratificação profissional é relevante e realiza, é relevante e não realiza, não é relevante e não realiza ou não é relevante e não realiza?

Guilherme: Oxe, no meu caso é relevante e realiza, né, claro, como eu te disse, passa por muitos aspectos, né, de você ter que se engajar, de você ter que procurar, mas eu amo muito o que eu faço, né, então, eu não me vejo hoje fora do ramo hospitalar, apesar de querer ser muito pesquisador [...] E aí com essa mudança que, eu propus muitas mudanças pra lá né, então eu comecei a sair da sala e ir para o Hospital-dia, então eu ia até o paciente, abordar, fazer intervenções, como a fazer regime de plantão de urgência, então começou a surgir outras coisas que a gente conseguia conversar juntos com o paciente, com a equipe e a gratificação veio muito forte, nesse sentido de reconhecimento. Dizer assim “oh Guilherme, a gente está com um paciente, a gente só dá o

encaminhamento, se a gente sentar contigo para podermos pensar juntos”, né, você se sente importante.

Fica evidenciado que o reconhecimento do outro tem um significado importante no autorreconhecimento, proporcionando, muitas vezes, um questionamento do próprio psicólogo sobre o seu papel enquanto profissional, pois há uma necessidade de um reconhecimento vindo de profissionais de outras áreas dentro da equipe profissional e, muitas vezes, isso não ocorre.

Assim como para Guilherme, Helen também revela que não se sente valorizada enquanto profissional, em especial, quando se toma o aspecto salarial. Nesse sentido, percebe-se que, por um lado, a identificação é um aspecto que favorece a atividade realizada por esses psicólogos, contudo, por outro lado, a gratificação (financeira e de reconhecimento de outros profissionais) pode dificultar esta atividade. E como qualquer outra profissão, designa-se ao psicólogo a possibilidade de adquirir um salário como uma forma de subsistência, além de ter a possibilidade de ascender socialmente (CLOT, 2007b). E quando isso não ocorre de forma justa, o aspecto da gratificação profissional é interferido negativamente.

Pesquisador: Ok. Aí eu faço aquela pergunta. ao analisar esta categoria (identificação e gratificação profissional) você acha que: é relevante e realiza? Não é relevante e não realiza? É relevante e não realiza? não é relevante e realiza?

Helen: [...] É relevante e realiza. [...] Se eu puder responder desta forma, é relevante sim se identificar com a sua profissão e se sentir grato. Acho que tem uma função né. E se a gente pensar na prática isso pode existir sim na relação, mas existem gratificações outras, salário, reconhecimento, enfim da equipe e da instituição e, muitas vezes, isso não se realiza porque o psicólogo hospitalar ele é muito mal pago. Tem um salário muito abaixo do que o trabalho, a dedicação que o trabalho exige. E se a gente for pensar nisso, não se realiza muita gratificação não. Mas pensando no trabalho em si, com as pessoas, se realiza.

Observa-se que a entrevistada mesmo afirmando que “é relevante e realiza”, explicita que há algo que não se realiza, como o reconhecimento financeiro e o reconhecimento da equipe, e quando essa maneira de reconhecimento é impossibilitada (CLOT, 2010a) há uma interferência na sua atividade, tanto no seu desempenho quanto no possível aparecimento de um desgaste emocional. Além disso, também para Guilherme, o aspecto salarial é algo que

dificulta a atividade dele, tendo que ter outras fontes de renda, não conseguindo focar completamente na Psicologia Hospitalar.

Guilherme: [...] Financeiramente, enquanto classe, lá não é muito diferente, deixa muito a desejar, né, de muitas formas diferentes, né. Não só salarialmente, mas questões relacionadas a cargos e salários que não existem, né, uma remuneração que não se atualiza, que é até anterior a mim, sendo corroída pela inflação, ganha muito pouco. E desse lado pesa né. Que fazer a gente buscar novos trabalhos, novas atividades para complementar a renda e aí desgasta e aí cansa em alguma medida, pode pesar, né, para um ou para outro, ou na própria atuação.

Como ainda se revela no discurso de Guilherme, não existe uma política de progressão profissional o que, talvez, tenha relação com a pouca valorização deste profissional no ambiente hospitalar e, provavelmente, no reconhecimento recente desta atuação do psicólogo. E isto pode ser um ponto de tensão entre os diferentes profissionais da saúde da equipe.

Apesar da desvalorização, voltando ao aspecto de identificação, percebe-se que algo de suma importância, que é o engajamento, para que o psicólogo hospitalar consiga realizar suas atividades e melhorar o cenário em que a área se encontra, como vemos no comentário abaixo.

Entrevistador: Ok vou mostrar Guilherme, a terceira imagem. Como você percebe a identificação e a gratificação profissional no contexto hospitalar?

Guilherme: caramba, velho. Eu acho que esse daí é quase um gancho do que eu estava falando antes né. Então veja hoje, com certeza, a gente deveria ter um mercado de trabalho na área hospitalar maior do que efetivamente a gente tem. Minha instituição talvez seja uma grata e rara exceção dentro da instituição hospitalar. Nós temos muitos psicólogos lá

Entrevistador: Você sabe o total?

Guilherme: oi?

Entrevistador: Você sabe o total?

Guilherme: [...] Acho que quando a gente se identifica, mas a gente tenta lutar por mudanças para fazer aquilo com a nossa cara, busca a gratificação, mas a gente tem contextos, né, do campo hospitalar, a minha experiência eu vejo muito isso, então, fora, principalmente enquanto residente, existem ambientes nocivos para o psicólogo. Por mais que haja identificação, empenho, às vezes, é um cenário que fecha

as portas, né. E isso acaba desestimulando né. Vai desestimulando, seja por questões financeiras ou de trabalho com a equipe, e faz com que muitos acabem desinvestindo, né. Acho que é a palavra. Desinvestindo na sua atuação.

Entrevistador: Ok então. Dentro desse contexto, você acha que a categoria identificação e gratificação profissional é relevante e realiza, é relevante e não realiza, não é relevante e não realiza ou não é relevante e não realiza?

Psi2: Oxe, no meu caso é relevante e realiza, né, claro, como eu te disse, passa por muitos aspectos, né, de você ter que se engajar de você ter que procurar, mas eu amo muito o que eu faço, né, então, eu não me vejo hoje fora do ramo hospitalar, apesar de querer ser muito pesquisador.

O gênero profissional relaciona-se à identificação com determinado coletivo. O gênero, vinculado a uma situação e a um meio, estabiliza e fixa - sem ser de modo definitivo - as formas comuns de levar em consideração as atividades. Por isso, o gênero de atividade deixa o psicólogo em contato com a dimensão institucional do trabalho no âmbito hospitalar e com um coletivo de trabalho e, de acordo com o entendimento de Guilherme, há um processo de identificação com a profissão (CLOT, 2010a), quando reflete: “acho que quando a gente se identifica, [...] a gente tenta lutar por mudanças” e essas mudanças atingem também o gênero profissional.

4.1.3.2 Do Gênero profissional ao Poder de Agir do Psicólogo Hospitalar: para além do que é previsto no coletivo

O gênero profissional, fundamentando-se nas reflexões de Clot (2010a), na atividade, é possível entender o modo como cada psicólogo se apropria das normas do hospital e de como é proporcionado um trabalho coletivo de reorganização da tarefa - compondo o gênero profissional que é um patrimônio coletivo construído por todos e reconstruído ao longo da história de um ofício. O gênero profissional tem a capacidade de marcar o pertencimento a um grupo de psicólogos, sendo um orientador da ação deste profissional, especificamente na atenção ao aspecto emocional do paciente, e que está em constante mudança. Isto é evidenciado na fala da Helen, que ressalta que o cuidado com o outro é constantemente reinventado dentro da prática hospitalar, fazendo com que os psicólogos adquiram conhecimentos e formas de atendimentos aprimorados com o passar do tempo, que são usualmente utilizados no gênero profissional.

Pesquisador: [...] E no que se refere à categoria suporte emocional/cuidado ao outro e relevância social. Você acha que mudou de quando você entrou até o final de sua residência.

Helen: Sim, sim. O cuidado com o outro é constantemente, né, reinventando. No sentido de que cada um vai inspirar um cuidado a si. Uma forma de cuidar de si e de na construção da relação ensinar a gente como cuidar dele. E essa relevância desse processo se vê inúmeras vezes que a parte legal do trabalho, a parte que eu gosto, né? Que é de acompanhar as pessoas. Eu acho de que quando a gente pensa, de que eu falo, de não seguir, né, mais essa carreira é por outras questões do que pelo trabalho em si. Ali, cuidando do outro, ali dando com, sendo espaço para essas questões emocionais, é muito, muito, muito rico, muito interessante, de muita relevância e de... isso é massa. E acho que sim, pensar a relevância social e a relevância do psicólogo dentro do hospital é escancarado assim, é muito importante ter um espaço de escuta ali. E a gente e estar disponível.

Nesse discurso de Helen é possível compreender o gênero profissional, em que o papel do psicólogo é de cuidar emocionalmente dos pacientes, onde aspectos psíquicos são vistos como uma parte importante do bem-estar dos pacientes/familiares/equipe no âmbito hospitalar. Para desvencilhar-se dos conflitos de sua atividade (CLOT, 1999), ao mesmo tempo que os psicólogos vão buscar recursos no gênero, estes profissionais criam variantes estilísticas através de sua própria experiência profissional com os pacientes. Esses estilos pessoais têm origem numa atividade que é dirigida ao objeto e aos outros e concomitante dirigida a si mesmo. Helen enfatiza no seu discurso acima o cuidado com o outro como aspecto do gênero do psicólogo hospitalar. Através da experiência, Helen modifica o gênero profissional e, ao mesmo tempo, o gênero profissional modifica a atuação de Helen, através das características da profissão aprendida com os pares, sendo então uma relação dialética. Em contato com o real, ou seja, na própria prática profissional do psicólogo, os esquemas dessa experiência estilizam o gênero profissional, os quais solicitam o novo - novas formas de atendimentos, como o atendimento remoto -, repetindo o antigo. Sendo que o estilo desta profissional seria a constante reinvenção, como o próprio atendimento aos pacientes, aprimorando-se com a experiência.

Para Guilherme, como se evidencia na fala abaixo, há um problema que é comum dentro da área hospitalar que é o despreparo - tanto por uma ausência de formação inicial quanto continuada - de muitos psicólogos que desenvolvem suas funções dentro desta instituição. E esse despreparo provoca muitas consequências no gênero profissional; pois esses psicólogos, muitas vezes, não conseguem ter uma postura de enfrentamento das adversidades, por

desconhecimento do que pode realizar.

Com isso, essa classe se torna fragilizada quando surge uma demanda nova, como, por exemplo, o contexto da pandemia. Por isso, de acordo com o Guilherme, esta ausência de atualização “[...] é um problema”.

Entrevistador: Você acha que é necessário constante estudo e atualização?

Guilherme: Cara, muito, vixe. Na minha área já tem um problema, né. A gente já tem uma quantidade considerável de profissionais que consegue a oportunidade na área hospitalar sem formação nenhuma, né. E dentre desses têm aqueles que não buscam se atualizar e isso já é um problema. Não vendendo meu peixe, mas já vendendo, né, como eu passei pela residência, então eu já sai com a especialização prática, né. Isso faz um peso, traz um peso muito grande [...].

Pesquisador: Você falou aí Psi2, algumas coisas sobre a pandemia, mas como você acha que essa pandemia interferiu na dinâmica de trabalho?

Guilherme: cara, em tudo. Tudo, tudo, tudo, né, desde o desespero que foi no início da pandemia, ninguém sabia o que era, o quão contagioso era, as consequências que isso tem em termos de tratamento, de sequelas, de problemas, então, pensando no trabalho da Psicologia, eu fico muito triste com a nossa classe, que uma boa parte de nossa classe se ausentou. Eu tenho que ter acesso em meu canto de trabalho, eu tenho que ficar protegido, quando eu acho que a gente deveria estar na ponta de lança, seja em que área for, não estou falando só da área hospitalar não, tá. Deveria estar juntos dos profissionais que estão aí que corre risco e eu fui um desses né. Eu não parei, eu fui a frente, eu fiquei em UTI COVID, eu recepcionava pacientes nas emergências, muitas vezes, recepcionava na UTI os familiares, que muitas vezes pra receber notícia de óbito[...].

Ainda se percebe nas reflexões deste psicólogo o entendimento de que a classe dos psicólogos hospitalares, por certa omissão e por um posicionamento de não questionamento frente ao papel profissional, especialmente na pandemia, ocasionou uma situação de perda da possibilidade de um protagonismo para este gênero profissional, que poderia se tornar funcional nesse enfrentamento à COVID-19 na “linha de frente” dos profissionais da equipe de saúde. E por isso, Guilherme enfatiza que o conjunto de maneiras de pensar e de fazer o trabalho (CLOT; FAÏTA, 2017), por um momento admitidas entre os pares, no hospital, não foi efetiva para um bom funcionamento no contexto pandêmico. Consequentemente, pela análise da fala de

Guilherme, infere-se que a inércia da classe dos psicólogos hospitalares se torna uma situação que impede o seu trabalho. Neste sentido, o gênero impediu a ação “de ir para a linha de frente”, contudo, o estilo de Guilherme fez com que interferisse no gênero da atividade.

Entrevistador: Ok, em relação à dimensão ética-política, você acha que teve alguma alteração, desde o início que você entrou?

Guilherme: [...] essa relação com o paciente e vai para os pares, vai para a instituição, eu acho que nesse sentido a gente está muito precário enquanto área, sabe, quando a gente vai falar, sei lá, reconhecimento que outras classes tiveram nos hospitais-dias no meio da pandemia, eu fui trabalhar, né, na pandemia também, sei lá, médico e enfermeiro tiveram gratificações, mas a Psicologia não, né, então o que aconteceu nesse espaço, né a gente foi atuando em alguns lugares, que não foram bem pensados o lugar da gente, então, quanto a gente poderia ter brigado mais, mas eu sinto que a gente perdeu, o bonde passou e a gente ficou olhando, né, eu acho que poderia ter mudado mais, mas a gente mudou pouco, enquanto classe, né, dentro da minha área eu venho enfrentando fortemente... trabalhar fortemente esses pontos e avançar e alcançar e buscar mais. Mas se eu fosse pensar como classe, eu acho que falta muito ainda sabe.

Guilherme teve a percepção de que a classe dos psicólogos hospitalares não conseguiu entender que a mudança de funcionamento no hospital por conta da pandemia poderia ser de grande valia para a melhora da atuação do psicólogo, impactando o gênero profissional no esclarecimento das suas funções (RUELLAND-ROGER, 2013) e na divulgação da necessidade da presença do psicólogo na equipe multiprofissional.

No discurso de Guilherme, observa-se de forma mais precisa o lugar do gênero da atividade profissional na atividade individual, no contexto pandêmico, que para o psicólogo hospitalar, são dirigidas ao seu objeto - no caso, a singularidade do sujeito -, aos outros que compartilham o mesmo objeto de atividade - a classe dos psicólogos hospitalares elencada por Guilherme - e ao próprio entrevistado. E essa característica de Guilherme tem um impacto no gênero dos psicólogos hospitalares, tornando-se responsável coletivo dessa atividade individual nos setores em que ele atua (RUELLAND-ROGER, 2013). Nesse sentido, o entendimento da importância por parte dos psicólogos hospitalares sobre o seu papel de divulgador de suas funções pode interferir positivamente a classe destes profissionais, podendo melhorar a atual imagem que os psicólogos hospitalares possuem e que foi construída historicamente dentro da psicologia e que tem interferências na psicologia hospitalar.

Entrevistador: Ok, vamos para a última imagem. Como você percebe a dimensão ética-política dentro do contexto hospitalar?

Guilherme: rapaz, é complexo. Ainda mais neste contexto que a gente tem estado, desde a pandemia, né, todo mundo tornando-se autorizado para falar sobre né, do campo da saúde, e isso tem se misturado com campo político, a primeira, de uma maneira mais social e cultural e tem muita fonte, ainda, então, os círculos de discussão ainda vem atravessado, a gente vai falar do saber médico, da continuidade e da liberdade de respeitar e não respeitar algo, e fazer e não fazer algo, né, só quando a gente fala, né, ética e política, é um campo bem mais amplo que isso, é bem mais aprofundado que isso, né. Quando a gente vai falar da nossa atuação por si, seja enquanto classe, seja na relação com o sujeito, seja na relação com a sociedade é, é muito mais complexa, né. E a gente poderia falar em muitos níveis, né, mas eu acho que o mais importante e fundamental é naquilo que tange a singularidade do sujeito, né. Por muitas vezes, aí eu posso dizer com toda tranquilidade do mundo, ela, às vezes, é colocada de lado, né, então a gente vai ver circunstância de objetificação do sujeito, esse sujeito não é uma massa de carne que a gente cuida, né, esses sujeitos não têm desejo, esse sujeito não tem necessidades; esse sujeito tem que ser curado. A despeito, muitas vezes, do próprio desejo dele de ser ou não curado, né, então existe uma natureza ética-política que fica muito forte nesse sentido, de reconstruir, de discutir essas questões, né. E isso vai acontecendo, às vezes, de caso a caso, de um caso para o outro, ou em outros momentos de uma maneira maior, né, de reuniões, de congressos. Então, depende muito em qual campo a gente está, como eu disse, é uma categoria muito ampla, mas que tem esse cenário, né, desde a relação com o paciente, né, especificamente naquelas condutas que envolvem a necessidade dele e do porquê ele buscou essa ajuda naquele hospital, né. O quanto ele está abrindo mão do próprio desejo dele, né, e em que medida ele não está passando a bola, está deixando de se implicar enquanto sujeitos nessas escolhas. E acaba trazendo esse resgate, né, se não resgate, talvez a própria protagonismo de volta, que tem que ser trazido dessa pessoa. Então, é quase universal a psicologia muito forte nesse cenário, no aspecto social, principalmente. Tem isso muito forte na nossa atuação. A gente está o tempo todo discutindo, refletindo, né, ponderando, e acaba sendo algo fundamental, né, talvez menos em relação a relação de poder dentro de um hospital, né, a relação do médico com os outros campos do saber. Talvez menos, a gente deveria discutir mais e mais no campo diretamente com o público, né, com os usuários, com os pacientes que chegam ao serviço. Ai nesse sentido a gente consegue conversar melhor.

Entende-se que as relações ético-políticas e social com o paciente é um dos aspectos que o psicólogo hospitalar deve levar em conta, como analisa Guilherme: “esse sujeito tem que ser curado. A despeito, muitas vezes, do próprio desejo dele de ser ou não curado, né, então existe uma natureza ética-política que fica muito forte nesse sentido, de reconstruir, de discutir essas questões, né”, sendo a singularidade do sujeito um aspecto que adentra o conceito do

gênero profissional, pois é onde se verifica que o modelo biopsicossocial aparece como uma alternativa para esses problemas de despersonalização do paciente no ambiente hospitalar. Outro aspecto que é observado na fala do Guilherme é o processo de discutir essas questões com o público, com o usuário, tornando-se em uma possibilidade de mudança do gênero a partir das ações dos psicólogos, sendo que as conquistas do desenvolvimento histórico humano (incluindo o aspecto profissional) são consolidadas e transmitidas de uma geração para outra de forma particular e de maneira externa (LEONTIEV, 2007). E neste cenário, é necessário discutir alguns aspectos importantes para os psicólogos nos hospitais, como comenta Helen, no discurso abaixo, sobre a subjetividade humana.

Pesquisador: Ok. Em relação às imagens, Helen, vou te apresentar a última. Que é a dimensão ética-política. Então, por favor, fale um pouco sobre isso.

Helen: Dimensão ética-política do trabalho. Então é uma categoria bem ampla essa, né? Por que a gente pode pensar na ética como uma postura de trabalho comprometida né? mas a gente pode pensar na ética de escuta de cada um que precisa ser colocada em cena. E aí, isso é importante de se pensar, porque se a gente partir de uma ética universalizante a gente não está escutando, né? A gente precisa partir de uma ética da singularidade e aí muitas vezes o hospital ele traz a ética do corpo. Ele traz a ética da carne, a ética da não singularidade. As pessoas viram ali números e etiquetas e órgãos e doenças de fato. Se traz a ética do adoecimento, não a ética do sujeito, da verdade de cada um. E aí eu acho que a gente precisa trabalhar às vezes na contramão dessa ética colocada nesta instituição ou pelo trabalho, se não a gente não está escutando.

Helen traz para a discussão a diferença entre a “ética do adoecimento” - o que é vivenciado de maneira constante no ambiente hospitalar, perpassado pela cultura da organização, que tem uma longa história e tem o modelo biomédico como base -, e a “ética do sujeito” - que entende a importância da singularidade do sujeito para qualquer situação de vida do indivíduo, inclusive o adoecimento, baseando-se no modelo biopsicossocial. No caso, quando o psicólogo hospitalar coloca em prática a valorização da fala do paciente, por muitas vezes, é esbarrado pela hegemônica postura da priorização dos aspectos físicos em detrimento ao psicológico (CHIATTONE, 2011), tendo implicações para a atividade do psicólogo hospitalar de realmente exercer sua função no suporte emocional dos pacientes, sendo

perceptível esse aspecto na fala da Helen “se traz a ética do adoecimento, não a ética do sujeito, da verdade de cada um. E aí eu acho que a gente precisa trabalhar às vezes na contramão dessa ética colocada nesta instituição ou pelo trabalho, se não a gente não está escutando”. E para o crescimento do gênero profissional, essa postura de enfrentamento de algo que os psicólogos entrevistados acreditam que poderiam melhorar, interferindo na qualidade de vida do paciente, em dar voz ao seu sofrimento, deve ser mantida e incentivada.

Tanto Helen, quanto Guilherme defendem a singularidade do sujeito e a resistência a esta ética do corpo, do adoecimento, que seria o mesmo que Guilherme fala do poder médico no hospital. Isto tem implicações sobre o lugar do psicólogo na equipe multiprofissional, pois, como dizem os participantes, quase ninguém sabe o que o psicólogo faz. Talvez não queiram saber por que ele dá voz ao desejo do paciente e isso abala o modelo biomédico, sendo uma questão de poder.

Quando a Helen fala “E aí eu acho que a gente precisa trabalhar às vezes na contramão dessa ética colocada nesta instituição ou pelo trabalho” observa-se o poder de agir sendo executado, que é a margem de ação do psicólogo além dos meios para agir nas situações de trabalho no hospital, mesmo que seja na contramão da cultura institucional (CLOT, 2010a). Deste modo, sua ação é direcionada para o objetivo principal do psicólogo hospitalar que é proporcionar um suporte emocional aos pacientes e seus familiares. E para saber o que precisa ser feito, é necessário ao psicólogo um conhecimento técnico-profissional, obtido através da formação e da experiência, como se percebe, ainda, no discurso de Helen.

Para Guilherme no comentário abaixo, está explicitado que há uma ausência da força da classe, em que o gênero profissional da Psicologia Hospitalar fica enfraquecido, pois estes profissionais no contexto pandêmico se encontram agindo separadamente uns dos outros, impedidos de construir uma experiência comum, compartilhável. Têm-se aí a produção de sujeitos individuais no trabalho expostos aos riscos de precisarem lidar com os imprevistos das situações de trabalho sem o apoio coletivo do gênero (CLOT, 2007a), como aconteceu com o entrevistado. Algo que se mostra como um fator que dificulta o gênero em mostrar a sua relevância para os demais profissionais da equipe de saúde, pelo fato destes profissionais não serem coesos. Ao invés disso, se houvesse de fato uma participação coletiva dos psicólogos hospitalares, a possibilidade de valorização e o aumento da necessidade do psicólogo nas equipes de saúde seriam evidentes.

Entrevistador: Você acha que há uma necessidade de uma visão mais ampla em que as políticas públicas, parâmetros éticos e a noção de sistema de saúde são necessárias?

Guilherme: [...] E aí quando a gente vai pensar em, no campo da política pública mesmo, eu acho nossa área inclusive, uma área que deixa muito a desejar, no sentido de ser mais engajado; a gente tem aí uma pandemia, por exemplo, e acredito que a Psicologia perdeu a chance de mostrar muito do que poderia fazer, a gente acabou muito atrasado, começando muito tarde, sem uma organização própria né, e de classe, né, e que acabou isso não refletindo nas próprias políticas públicas, né, a gente vai ver que os primeiros aspectos de campanha mesmo, o psicólogo foi chegando assim, depois, né, ah, vamos ver, vamos ver uma quantidade, vamos ver para encaixar, mas foi algo que chegou por último, né, então isso fala muito do movimento que a nossa classe às vezes faz né. Invés de se implicar, de ser protagonista, ela se ausenta, fica de *background* né, e deixa de “meter a cara” e quando a gente está à frente, quando a gente está na ponta do lance, está à frente e tudo, é, a gente é visto, a gente tem voz e a gente vai produzir efeitos, né, que foi o caso, né, quando eu mudei de setor para a oncologia, eu cheguei no meio da pandemia, né, eu fui chamado de volta para o Hospital por um contexto de emergência pública né, eu estava afastado e olha ‘a gente vai ter que voltar e que a gente está precisando, a gente está precisando de todo jeito de profissionais para dar conta do que está acontecendo’ e a gente volta em um cenário caótico e estar junto com as pessoas que estão em um momento de crise que foi esse, ajuda muito a gente pensar, mas sendo sincero, eu me senti muito sozinho, né, eram muitos poucos que estavam, a maior parte de nossa classe sumiu, né, se ausentou depois de um tempo que começou essa estrutura mais voltada para o campo online, mas no campo mesmo fomos muito poucos, né, e como a gente pode pensar em tudo isso, nessa dimensão ética-política nesse contexto de pandemia, teriam muitas questões que se abriram né, e que a gente tentou discutir, mas fomos poucos. [...] Acho que esse bonde... se a gente não perdeu, a gente foi afastado.

Por outro lado, o gênero está sempre inacabado, tomando sua forma acabada nos traços particulares e não reiteráveis de cada situação vivida (CLOT; FAÏTA, 2017), e o contexto pandêmico proporcionou um questionamento da função do próprio psicólogo. De acordo com as reflexões de Helen, a reinvenção do papel do psicólogo hospitalar ocorreu, na pandemia, especialmente, na forma de atendimento deste profissional ao paciente, como o atendimento remoto. E, ainda, para esta psicóloga, esta mudança não aconteceu de uma forma drástica, mas já estava se desenhando, uma vez que a sobrecarga do sistema de saúde já existia. E as implicações disto para o gênero profissional é a necessidade de uma reinvenção e de uma união destes profissionais para que consigam se adaptar a este cenário.

Pesquisador: Ok Helen. Dando continuidade à nossa entrevista, eu vou fazer algumas perguntas, né? Você já falou aí sobre a reinvenção sobre a questão sobre a pandemia. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa ou você acha que foi o suficiente, né?

Helen: Eu não lembro exatamente, mas do que eu já falei. Tantas coisas que se atravessam. A pandemia inaugura um ambiente diferente, um espaço diferente, mas de certa forma ela escancara algo que ela estava lá, também. Não é novidade a sobrecarga no sistema de saúde, não é novidade que as pessoas precisam mais de investimento. É, a gente inaugura um momento, um período ainda mais difícil. Pelo contágio, pela dificuldade de estar ali, pela reinvenção urgente. Pela crise que a gente está passando é, e aí enfim. Isso faz com que se exija que o trabalho seja repensado. Seja questionado. Seja reinventado. E aí foi uma experiência bem intensa.

Outro aspecto que reapareceu na fala da Helen é a questão da clínica em ambiente hospitalar, que ainda está em processo de mudança, sendo constantemente reinventado, ao que apresenta implicações para o gênero profissional que não mais se fundamenta na perspectiva clínica, como vemos no seu discurso “Natureza clínica da clínica no contexto hospitalar é a escuta. Que a gente faz em outro ambiente também. No hospital a gente precisa estar mais atento para não cair em outra natureza do trabalho que não a nossa”. Por isso, o psicólogo hospitalar tem que estar apto para compreender que muitas das vezes a abertura para a inovação pode andar em paralelo com algumas questões da parte clínica, mas que não é a mesma área (RAMOS, 2018).

Pesquisador: Vou passar aqui para a próxima imagem. Aí é a mesma coisa, né? De você se posicionar de que maneira você percebe, lembrando a pergunta inicial é “como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?” e a segunda imagem seria “natureza da clínica no contexto hospitalar.

Helen: [...] E aí a gente coloca, se a gente delimita uma natureza no contexto hospitalar é, atrapalha esse processo sabe, o que ela quer trazer naquele momento e não é pensar em um processo psicoterapêutico, sabe. Não é partindo disso. É partindo de um momento de escuta e de espaço de elaboração. E aí eu fico pensando se a gente puder nomear a natureza de alguma forma, a gente pode pensar em abertura. Né, está ali para escutar. Natureza clínica da clínica no contexto hospitalar é a escuta. Que a gente faz em outro ambiente também. No hospital a gente precisa estar mais atento para não cair em outra natureza do trabalho que não a nossa.

Algumas características da área hospitalar são diametralmente diferentes da área clínica, o que, muitas vezes, se torna uma fonte de tensão. A capacidade de perceber o que pode ser ressignificado da clínica no ambiente hospitalar e, ao mesmo tempo, saber as diferenças dessas áreas e as peculiaridades que o ambiente hospitalar detém, facilita que o gênero profissional se autoafirme, como ressalta do Guilherme.

Entrevistador: E no que se refere, Guilherme, à natureza da clínica no contexto hospitalar, você acha que desde a sua entrada até os dias atuais teve alguma alteração, como se refere a isso, a essa categoria?

Guilherme: cara, eu acho que essa seja uma categoria que mais me incomoda, porque quanto mais eu vejo os profissionais atuarem, quanto mais eu vejo a gente debater sobre isso, me soa como uma questão mesmo, por dizer “poxa, que lugar é esse, né, clínico que a gente ocupa dentro do Hospital?”, o quanto a gente está indo de mais ou de menos, o quanto talvez o manejo deveria ser diferente, né, o corte deveria ser diferente, a forma deveria ser diferente, eu acho que é uma questão para mim, que eu venho tentando atualizar, repensar, estudo, tento trazer um pouco para a prática, principalmente dentro do contexto ambulatorial, que muitas vezes é colocado como uma clínica tradicional e eu sinto que não é, né, eu sinto que não é, mesmo que a gente tenha um tempo limitado pra ficar com esse paciente, tal qual a clínica, por assim dizer, eu sinto que tem algo que não encaixa bem, a gente deveria estar pensando mais sobre isso. Tem muito o que avançar, né, mas eu acredito que a própria, no meu próprio percurso, né, eu adquiri conhecimentos que fizeram isso evoluir, mudar ao longo do tempo.

Um outro aspecto evidente no discurso de Guilherme é o seu questionamento de que a clínica na área hospitalar não se encaixaria pelo fato do contexto de atuação do psicólogo hospitalar ser de outra natureza, quando comparado ao do psicólogo clínico. Então, ele entende que “[...] o manejo deveria ser diferente, né, o corte deveria ser diferente, a forma deveria ser diferente”. Portanto, muitas questões devem e estão sendo vistas e revistas dentro do gênero profissional dos psicólogos hospitalares a partir da ação dos sujeitos em seu contexto de atuação (CLOT, 2011; PINHEIRO, 2016). Nesse sentido, é possível fazer uma relação entre o poder de agir e a atividade, analisando o campo de ação efetivo do psicólogo hospitalar em sua esfera profissional de costume, o que se pode designar por irradiação da atividade, seu poder de recriação na função que desempenha (CLOT, 2010a). Portanto, podemos incluir o aspecto estilístico na discussão, em que o aspecto desafiador do trabalho e o perfil do profissional são aspecto importante dentro da psicologia no ambiente hospitalar.

Entrevistador: Você acha que é uma função desafiadora ser psicólogo hospitalar?

Guilherme: cara, eu acho, não só desafiador, no sentido de que, por mais que a gente, a psicologia sendo muito nova, né, e adentrar nesses campos, ainda mais recentes, é, quando a gente pensa na atuação da psicologia dentro do hospital tem áreas de saber dominante, sabemos, né. A gente vai falar de questões hierárquicas, o saber médico ainda é muito forte, né, e tentam nos colocar em um lugar secundário e aí esse lugar secundário, quando tentam nos colocar, não envolve nem tanto a instituição, que apesar de haver, né, esse posicionamento que é natural, cultural nosso, mas os próprios pacientes, né, então, é a prioridade de quem escutar, o que ele vai escutar, então, isso acaba pesando um pouco, apesar que a gente vai desconstruindo, meu trabalho tem um pouco disso, nesse sentido também, sempre tem sido, né, e esse eu acho que é o maior desafio. É, e isso envolve um pouco dos itens anteriores né. Se eu me identifico, se eu tenho formação, se eu estudo, eu tenho consciências das melhores coisas que eu posso fazer e ofertar daquilo que é característico da minha área, do meu campo de saber. Então, no momento que estou muito consciente disso, eu posso levar isso pra uma discussão com qualquer outro profissional, né, que ele vai ter a área de saber dele e a gente vai poder conversar e isso é desafiador. Porque para gente a Psicologia, talvez a gente debata muito isso: “qual lugar da Psicologia?” “o que a Psicologia faz?” “O quanto de ciência tem a Psicologia?”; faz estudar coisa para poder entender isso melhor e as outras áreas não estão tão preocupadas com isso. E aí o nosso desafio é não só de saber o lugar que a gente tem, aquilo que a gente faz e o melhor que a gente tem a oferecer, mas muitas vezes de conseguir construir o ambiente ideal e pontes nessas outras áreas de saber, que, às vezes, eles nem se preocupam, né, então, sei lá, é, enquanto atuação multi, muitas vezes eu vejo médico entrando na área do fisioterapeuta, né, vou pegar o médico que é mais central né. Médico entrando na área do educador físico, do fono, do psicólogo, do psiquiatra, que é outra área médica, né, e vice-versa, algumas áreas acabam tentando se misturar, mas eu acho que é mais forte no campo médico. E a gente quebrar esse lugar né, tentar criar uma horizontalidade de saberes e não hierárquicos, eu acho que é o maior desafio [...].

A partir do discurso de Guilherme ao longo da entrevista, é possível perceber que a sua variante estilística é atuante e inclinada para a reinvenção, com o intuito de valorizar e aperfeiçoar o gênero profissional. Este tipo de ação facilita o cotidiano do trabalho do psicólogo hospitalar, em que algumas adversidades ocorrem na atividade (CLOT, 2010a), como é o caso do modelo biomédico direcionando o psicólogo para um lugar secundário. Na fala do entrevistado, percebe-se alguns pontos de tensão que dificultam as mudanças e o crescimento da classe de psicólogos no ambiente hospitalar, como a hierarquização institucional, a supremacia do poder médico, o lugar da psicologia em relação a outras áreas, como também o lugar do profissional na equipe.

Por ter uma experiência de mais de 4 anos neste Hospital e ter o estilo individual de tomar iniciativa [“e aí o nosso desafio é não só de saber o lugar que a gente tem, aquilo que a gente faz e o melhor que a gente tem a oferecer, mas muitas vezes de conseguir construir o ambiente ideal e pontes nessas outras áreas de saber”], Guilherme torna-se um interlocutor privilegiado. Sem este interlocutor, o gênero profissional, o coletivo profissional se resume a uma reunião de sujeitos expostos ao isolamento (CLOT, 2010a), e mais especificamente aos psicólogos hospitalares, se não houver um maior empenho no crescimento da própria classe profissional através de uma iniciativa na divulgação da relevância do modelo biopsicossocial, o papel secundário na equipe de saúde pode se manter como consequência. Guilherme, como um divulgador do gênero profissional da psicologia hospitalar, ressalta que para que haja um equilíbrio na sua satisfação, é necessário paixão pelo que faz, indo de encontro à identificação profissional. Mas, como ele ressalta, a valorização do coletivo profissional dos psicólogos hospitalares é uma questão que poderia expandir a própria classe.

Pesquisador: Como está a sua satisfação no trabalho? Justifique.

Guilherme: como eu disse né, eu sou apaixonado pelo que eu faço, muito difícil, deixar isso de fora, mas obviamente é, eu acredito que se tivesse mais pessoas comigo, né, de um lado e de outro uma perspectiva financeira melhor, é, eu acredito que eu estaria mais satisfeito, mas se eu pudesse dizer, eu me sinto satisfeito, eu me sinto feliz com que eu faço, mas poderia ser muito melhor.

Em outro momento do seu discurso, Guilherme reafirma a falta de uma classe que procure constantemente mostrar seu valor e, assim, aumentar as possibilidades dentro da Psicologia Hospitalar, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas. O gênero é incompleto para enfrentar os desafios do trabalho e é necessário que tenha uma variação, sendo alimentado pelos movimentos de criação, para permanecer vivo. Para Clot (2010a), o gênero envolve as “obrigações” compartilhadas pelos que trabalham, que no caso dos psicólogos entrevistados, refere-se à conscientização da importância da formação profissional para, assim, ter mais conhecimento e instrumentos para divulgar e desenvolver esta área, ampliando as oportunidades.

Entrevistador: Certo, de que maneira, esses sentidos, ou seja, todas essas categorias, né, refletem a atividade que a equipe de psicólogos realiza nesse hospital? Dessas categorias que foram mostradas Guilherme, de que maneira o sentido se reflete na atividade?

Guilherme: E essas categorias que tu colocas acaba sendo um passo dentro de muitos necessários pra que a gente também tivesse um corpo

de classe, robusta e consistente pra talvez aquilo que eu disse lá no início né, eu disse assim oh: com a exceção do Hospital que tem muitos Psicólogos, ele é exceção, né, então a gente vai pegar hospitais particulares hoje, que talvez tenha um, dois Psicólogos, hospitais tão grandes quanto o Hospital que eu trabalho, então, tem alguma coisa errada. Eu acho que isso tem a ver com, talvez, a gente não esteja conseguindo ter foco, ter profissionais formados, que tenham estas bases pra poder... também tem a ver com oportunidade, né, e vai adentrando por políticas públicas, mas poder mostrar nosso valor e aí isso se amplia e a gente vai em um processo, né, como se diz, vai se retroalimentando.

Assim como Guilherme, Helen também tem a percepção que um momento ou acontecimento específico pode surgir como uma oportunidade, como é o caso da pandemia.

Pesquisador: A prática da psicologia hospitalar se reinventa constantemente? Na sua atuação, você vivenciava isso?

Helen: Precisa. Precisa. André, não tem como assim. O hospital é muito dinâmico. Muito dinâmico. [...] assim de atender uma mãe chorando na escada, sabe? No meio do corredor e que não faz sentido removê-la dali para outro espaço ou situações da pessoa chegar de outro hospital extremamente fragilizada e aí é, a gente precisa reinventar, né? Com esta pandemia que a gente está vivendo, é outro espaço que necessitou assim de reinvenção da atuação, de como a gente vai escutar diante da pandemia, diante de todo esse sofrimento e enfim, o contexto causou e os limites que ele impõe, de atuação, de número de equipe, de contato entre família e paciente e aí se inaugura uma outra estrutura. E aí a gente vai ter que ver o que é isso. Escutar isso também.

Desde o início 2020, com a pandemia da COVID-19, muitos aspectos tiveram que ser modificados. A Psicologia Hospitalar se encontra em uma nova realidade decorrente deste novo cenário. Ser psicólogo dentro do Hospital para a Helen, neste contexto, tornou-se um desafio, sendo que a reinvenção no momento da escuta está ligada à estrutura hospitalar, desenvolvendo-se novas modalidades de atendimento, a se destacar o atendimento não presencial. A reinvenção foi marcante e necessária nesse momento (GRVINCENKO, 2020), ocorrendo inclusive no trabalho dos participantes desta pesquisa, como observa Helen.

Pesquisador: Entendi. Mas dentro deste contexto, no que se refere à reinvenção da sua profissão, você como residente de psicologia hospitalar, como você percebeu o processo de reinvenção, no processo de desenvolvimento, de aprendizagem de mudanças dentro do cenário

atual lá na sua atuação como psicóloga hospitalar? O que você me diz do início ao final, esse processo de reinvenção, o que você vivenciou?

Helen: Pensando assim, nesse contexto pandêmico, antes a gente podia atender as pessoas presencialmente. Por demanda da equipe ou por busca ativa nossa. E aí, com a pandemia alguns setores precisaram passar por um isolamento, ne? Só a equipe mínima possível para atender, era alocada para o setor. Ninguém que pudesse fazer um atendimento que não presencial, deixaria ali. O Psicólogo não necessariamente. Houve discussões ne? nem sei se concordo muito bem com isso, mas não precisavam estar fisicamente ali. Pegou muito a via do atendimento on-line, do teleatendimento. Tanto com as pessoas que estavam hospitalizadas e com COVID, como as outras pessoas que precisaram parar de vir ao hospital, com outras enfermidades, para que não sejam, como é? contaminadas com a doença. E aí, esse atendimento, por exemplo, de pessoas que não estavam em enfermaria do hospital, a gente precisou embarcar nesse atendimento on-line. E construir esse atendimento on-line institucional e como isso ia caber dentro dos modos da instituição. E como era né? Iniciar essa clínica on-line que já existe, mas não com uma popularidade, com a necessidade urgente e de pronto que foi instalada. Isso eu diria que foi um dos marcos assim de inovação que foi necessário fazer. Até de atender criança on-line, que era algo que nunca tinha feito e foi possível em alguns casos. Desde que a criança esteja disponível para isso. É, e aí foi uma situação de inovação que eu diria.

O diálogo com Helen evidencia a necessidade de uma adaptação a esse novo contexto, através de atendimentos remotos, configurando um processo de reinvenção da atividade (CLOT; FAÏTA, 2017). Contudo, embora tenha havido discussões sobre essa nova modalidade de atendimento psicológico no hospital, no contexto pandêmico, é possível inferir que, para a entrevistada, estar presente fisicamente no hospital, neste período, seria mais efetivo no sentido de auxiliar os pacientes e os familiares de maneira mais dinâmica e com uma vertente de maior humanização. E essa dinamicidade e necessária reinvenção faz com que Helen tivesse a percepção da mudança na estrutura do atendimento em psicologia hospitalar.

Pesquisador: Ok Helen. Desde a sua entrada no hospital como residente de psicologia hospitalar até os dias atuais, os sentidos do trabalho tiveram alguma alteração no que se refere as seguintes categorias? Ai a gente vai botar essas seis categorias. Tá certo? Por exemplo, a estrutura do atendimento em psicologia hospitalar, você acha que mudou do início até o final da sua residência?

Helen: Sim, com certeza. Com certeza. Mudou muito. Eu não tinha experiência. Eu tive uma experiência muito pontual no hospital na época da graduação, mas mudou muito assim. Muda constantemente. Essa dinamicidade que a gente conversou do quanto é estar no hospital é estar se afetando. Quem está disposta a isso? Que a gente pode pensar que existe várias formas de atuação desta estrutura. E aí tem gente que se enrijece a mais. Tem pessoas que estão mais abertas a ouvir, enfim. Escutar e se desenvolver com as dinâmicas que são postas. E aí com certeza essa dinâmica do atendimento ela muda. A gente vai vendo que, é aquilo que te falei, a reflexão sobre a imagem é muito no sentido de que eu passei lá, né? No sentido de ver que não é a estrutura do atendimento, ou a estrutura física do espaço que vai delimitar, ou traçar, ou potencializar o que vai ser dito ali. É a relação, é a pessoa, é a disponibilidade.

Ainda se percebe que a Helen, mesmo tendo consciência da interferência da estrutura hospitalar, compreende que o atendimento psicológico com o paciente ou familiar pode se tornar o aspecto principal da função do psicólogo nesta instituição, direcionando a função profissional. Para a entrevistada, “é a relação, é a pessoa, é a disponibilidade” a base para a sua atuação profissional. E isso está relacionado à descoberta de um novo objetivo que possibilita gerar a renovação do sentido da ação, fazendo com que o seu sentido do trabalho mude com o tempo, através da aquisição de uma experiência. Proporcionando com isso, certa confiança em poder focar no que é mais importante para ela, que é o suporte emocional. Por isso, o sentido da atividade está ligado ao poder de agir (CLOT, 2010a).

A instituição, por sua vez, pode interferir ou não na atividade através do grau de autonomia e liberdade concedido ao profissional, como evidencia Guilherme.

Pesquisador: Há algum aspecto que facilita seu trabalho? Se sim, quais e por quê?

Guilherme: cara, sempre digo, liberdade, né, liberdade, é, por mais que inclusive em alguns setores que passei e falam “ah a gente espera isso da Psicologia”, “a gente quer que você faça isso”, é, sempre, a gestão sempre deu muita autonomia a isso, da liberdade de eu poder fazer aquilo que eu quero, do jeito que eu quero, lógico, com o respaldo da coordenação, mas de poder fazer diferente, né, acho que seria muito difícil pra mim, talvez eu coloque aí no campo da dificuldade, se eu tivesse restrito a fazer aquilo, daquele jeito, daquela maneira e não é bem isso, né, a instituição dá abertura para fazer assim: “pense como você quer atuar”, acho que é a melhor forma. E eu acredito que eu tenho

maior facilidade pra mim assim de poder dar a minha cara a minha atuação e isso me deixa mais confortável.

Nota-se que o Hospital disponibiliza condições para o profissional (re)criar, assegurando a ele a necessária margem de ação e os meios para agir nas situações de trabalho, configurando-se o poder de agir. Nesse sentido, esta liberdade - poder de agir-, que Guilherme afirma que a instituição lhe disponibiliza, possibilita que o indivíduo aumente a sua ação no ambiente laboral, depositando na atividade elementos de sua própria subjetividade, que é demonstrado pelo controle sobre as situações (CLOT, 2010b). No caso de Guilherme, isso se evidencia na autonomia laboral que a instituição lhe proporciona. Verifica-se que o poder de agir está ligado à concepção de sujeito de ação, que tem a capacidade de sentir-se responsável pelos próprios atos, como se verifica no discurso de Guilherme. Algo que proporciona ao psicólogo a habilidade de desenvolver sua atividade e seus objetivos, afetando o hospital por sua iniciativa, focando em formas de minimizar o sofrimento emocional dos pacientes, como relata este psicólogo.

Entrevistador: Ok então. Dentro desse contexto, você acha que a categoria identificação e gratificação profissional é relevante e realiza, é relevante e não realiza, não é relevante e não realiza ou não é relevante e não realiza?

Então, como eu trabalho em um hospital-escola, ainda tem esta vantagem, né, eu consigo agregar duas coisas que eu gosto muito. Então, eu estou levando como realize e eu acho que na parte da gratificação também, né, na medida em que a gente vai fazendo um trabalho diferente, né, que a gente vai propondo novas formas de atuação, né, então quando eu cheguei no meu setor por exemplo, os psicólogos atuavam bem no modelo ambulatorial. Na sala, as pessoas encaminhavam e eles atendiam, tá. E aí com essa mudança que eu propus muitas mudanças pra lá né, então eu comecei a sair da sala e ir para o Hospital-dia, então eu ia até o paciente, abordar, fazer intervenções, como a fazer regime de plantão de urgência, então começou a surgir outras coisas que a gente conseguia conversar juntos com o paciente, com a equipe e a gratificação veio muito forte, nesse sentido de reconhecimento. [...]

Analisando a fala do Guilherme, entende-se que o estilo deste psicólogo na dinâmica hospitalar torna-se um motor de desenvolvimento do coletivo de trabalho através do processo de criação de novas formas de atuação como alternativas para realização da função do psicólogo, o que fica evidente, por exemplo, quando ele afirma que começou a sair da sala e ir para o Hospital-dia, diferente do modelo ambulatorial que ocorria anteriormente. Por

consequente, o estilo individual é definido como produção de variantes do coletivo de trabalho (CLOT, 2007a), e que no caso do entrevistado, o seu estilo individual é de inovar e tomar iniciativa nos setores que trabalha.

Somado a isso, o entendimento de que a própria equipe necessita de um suporte psicológico surgiu como um fator de preocupação tanto da instituição quanto do psicólogo entrevistado. Uma das razões é a excessiva demanda que os profissionais da saúde têm diariamente. Sabendo disso, uma “válvula de escape emocional” se torna mais do que necessário (GONDIM; TATAGIBA, 2016), favorecendo a melhora do ambiente do trabalho e até mesmo a comprovação, na prática, por parte da equipe, da importância do papel do psicólogo hospitalar, como se pode observar na fala de Guilherme.

Guilherme: [...] E aí quando a gente vai pensar, do outro lado, que é na equipe, eu tive o grato prazer, inclusive, de implementar uma proposta de cuidado ao profissional de saúde lá no hospital. É, fui chamado para a equipe para fazer parte, mas acabei montando a maior parte do projeto, que é pensar em formas de cuidar e dar suporte emocional à equipe de profissionais, né. A desenvolver atividades e meio que se tornou obrigatório pra burocratas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, pelo menos, a participação [...], Mas se torna muito importante, porque no dia a dia e aí eu vejo isso com frequência na minha atuação, quantos profissionais estão desmotivados, e quanto mais próximos deles, muitas vezes eles pedem pra conversar, ou para tirar uma dúvida, ou para conseguir um encaminhamento, e a gente vai tentando né. E aí, enfim, se a demanda já é grande né, quanto mais demanda, a gente vai tentando achar vias de escapes, senão necessariamente dentro do hospital, pra fora, redes de apoio, clínicas-escola de psicologia e tentando cuidar de todo mundo, né.

Dentro da necessidade de suporte para a equipe, o Guilherme, ao ser responsável pela implementação de um projeto de cuidado ao profissional de saúde, obteve da instituição o apoio para a realização desta atividade, que está associada ao que se põe em jogo para executar as prescrições, como a padronização deste projeto (LEPLAT; HOC, 1983). Nesse caminho, entende-se que na execução do projeto, houve marcadamente o poder de agir de Guilherme, pois o trabalho não foi uma simples tarefa, que era prescrita, mas uma atividade constante de inovação de formas de viver (CLOT, 2010a). A atividade pode proporcionar uma ampliação na capacidade de reflexão do trabalhador, onde o seu desenvolvimento como profissional está relacionado à sua capacidade do poder de agir. Assim, infere-se que o envolvimento com o projeto favoreceu o desenvolvimento laboral de Guilherme, tendo-se a percepção que o seu auxílio pôde interferir no aspecto motivacional de vários profissionais. Ainda referente à

inovação, este psicólogo, nos setores que trabalhou, pensava formas de melhorar a sua atuação, como fica evidenciado no discurso abaixo.

Guilherme: No hospital-dia, implementei essa coisa de estar circulando no hospital-dia, né. Eu vou lá, vê os pacientes que estão realizando quimioterapia, por exemplo, pra prestar este suporte. Pra quem tiver necessidade, né, lógico, tem um limite de tempo que a única pessoa que sou e isso se amplia, né. Não é só para paciente, então, eu tô falando em minha atuação especificamente, isso se debruça, né, e isso se expande para os familiares, né. Receber uma notícia que tem uma doença ameaçadora da vida como o câncer e repercussão que isso tem na vida dessas pessoas né, do paciente e familiares é muito grande. Né, então a gente precisa ter este suporte é fundamental, mas se for pensar ao mesmo tempo que só tem eu nesse setor, é impossível dar conta de todos os pacientes que existem, né.

Pesquisador: Você falou muito de liberdade Guilherme, mas você foi impedido de agir de alguma maneira no seu contexto de trabalho durante esse período todo que você vivenciou?

Guilherme: que eu lembre não, sendo muito sincero, acho que seria muito marcante para mim, talvez eu já fui recomendado a alguma coisa ou outra, mas eu fico pensando no bem-estar, “oh talvez não seja legal você conversar com tal pessoa porque ele é muito exigente, muito complicada”, mas nunca foi no sentido de proibição, sempre foi no sentido de orientação, de ponderação, né, mas efetivamente de proibição não me recorde, que eu recorde.

De acordo com o Guilherme, referente a ser impedido de agir de alguma maneira no seu contexto de trabalho, o hospital em que trabalha nunca proibiu as suas atividades. E essa liberdade tem a possibilidade de gerar a renovação do sentido da ação para o entrevistado, ligado ao seu poder de agir (CLOT, 2010a).

Por outro lado, no discurso de Helen, há a consideração de uma restrição na sua liberdade de atuar, tanto relacionado à ideia como à intervenção prática. Designado como atividade, o trabalho se refere ao confronto do sujeito com o real, e que, muitas vezes, aparece como um impedimento de poder agir, sendo o meio pelo qual ele consegue se inscrever em uma atividade coletiva e, ao mesmo tempo, manter a sua individualidade. Contudo, é importante certa liberdade para o profissional poder exercer as suas funções. Portanto, percebe-se, no posicionamento da Helen, que a hierarquização institucional impede a atividade, e isso pode proporcionar uma imobilização do dinamismo interno do indivíduo. Ausente do objeto em que investir em sua atividade ou, como afirma Helen, “de ter uma ideia, uma intervenção, de ser cortada”, o trabalhador se esvazia, se retrai, perde a experiência do significado. Nesse sentido,

na Clínica da Atividade, quando isto ocorre se diz que o profissional foi privado de seu poder de agir (CLOT, 2010b), aparecendo a questão do impedimento do seu agir referente às suas atribuições.

Pesquisador: E por fim Helen, você foi impedida de agir de alguma maneira no seu contexto de trabalho?

Helen: É acho que é uma pergunta bem ampla essa, sim, acontece, sim, de ser impedida de agir, de ter uma ideia, uma intervenção, de ser cortada, de atender uma pessoa e não poder atender, por não estar seguindo o fluxo institucional, querer, não sei, agir de outras maneiras, criar outros projetos na instituição e porque não estar aprovada na hierarquia, não é possível de ser feita. Aconteceu sim, em alguns momentos.

Infere-se a partir do discurso de Helen que o estilo fica prejudicado frente ao gênero de trabalho, conseqüentemente, isso interfere diretamente no seu poder de agir, sendo, muitas vezes, a psicóloga impedida de dar continuidade aos atendimentos de alguns pacientes (que ela teve um primeiro contato) por questões do fluxo institucional. Nesta situação, a hierarquização (as relações de poder) aparece como algo que impede a atividade da profissional (CLOT, 2010a), onde o conceito de saúde e atividade laboral caminham lado a lado, sendo o sofrimento e a angústia inerentes ao impedimento do poder de agir, como percebemos no discurso abaixo.

Pesquisador: E como você se sentia?

Helen: Frustrada. Frustrada, porque, enfim, você quer atuar de uma maneira que você julga que é o melhor no momento e não poder por questões institucionais, é difícil.

Ainda se baseando na reflexão de Helen, quando ela se refere a ser impedida de agir ou de ser “cortada” em relação a uma intervenção pela instituição, insere-se no conceito do real da atividade que leva em conta não apenas o que é feito, o trabalho realizado, mas também o que se desejou fazer, mas não se fez (BUENO; ROCHA, 2016), e as conseqüências para a entrevistada, de desistência sobre o que poderia fazer.

Pesquisador: Entendi. Há algum aspecto que dificulta ou impede o seu trabalho? Se sim, quais e por quê? Lá no contexto da psicologia hospitalar, como residente deste hospital. Como que era para ti?

Helen: Impedia meu trabalho?

Pesquisador: Ou dificultava!

Helen: Eu poderia falar de burocracias institucionais. Que aí eu não sei até que ponto isso é lá no hospital onde eu atuei e até que ponto isso é de toda construção hospitalar, né? É uma instituição totalmente burocratizada, hierarquizada e, às vezes, se quer inovar ou trazer dinâmicas novas, mas essas dinâmicas precisam ser aprovadas e avaliadas por outros. E aí, esse processo termina ficando muito longo, muito dispendioso pra algo que está precisando ser feito com urgência. E aí é algo que dificulta o trabalho às vezes.

Pesquisador: E como você se sentia?

Helen: Frustrada. Frustrada, porque, enfim, você quer atuar de uma maneira que você julga que é o melhor no momento e não poder por questões institucionais, é difícil. Acontecia muito com lista de espera no ambulatório, com pessoas que a gente atendia na enfermaria, e queria levar para o atendimento ambulatorial e tinha uma lista de espera, que tinha que dar conta, mas era uma lista que não andava porque não era muito organizada e a gente precisava justificar uma extrema urgência para atender aquela pessoa ou não conseguia atender.

Helen, mais uma vez, salienta o impedimento ou dificuldade de execução das atividades funcionais da psicologia por questões da burocracia institucional, em que a normatização e hierarquização são evidenciados, podendo incluir como uma possível consequência o sofrimento e a frustração, que estão ligados à amputação do poder de agir e, no caso da entrevistada, seria o impedimento de realização de qualquer inovação ou dinâmica (CLOT, 2010b), interferindo na identificação profissional.

Pesquisador: Ok. E no que se refere Helen, à identificação e gratificação profissional, né? Comparada a sua entrada no hospital até os dias atuais, até quando você atuou, teve alguma mudança?

Helen: Sim. Sim. Eu continuo até mais identificada com a minha profissão de psicóloga, mas não ser psicóloga hospitalar. Ser psicóloga hospitalar é algo que eu penso agora duas vezes antes de pensar de voltar nesse cenário. Acho que, como eu te disse, é um trabalho muito

demandante. A remuneração não é interessante. É, é muito difícil atuar dentro de uma ética diferente de uma ética da instituição. E aí eu sinto que é um espaço que muitas vezes é difícil da gente estar, é muito demandante a gente estar. E aí, pelo menos para mim, né? É uma experiência que mudou assim. No começo eu achava que poderia gostar mais, mas hoje em dia eu penso que foi muito bom estar no hospital, foi muito bom, muito bom por essas transformações que aconteceram. [...]

Por diversas razões, como o aspecto financeiro, a supremacia do modelo biomédico e por ser o trabalho do psicólogo hospitalar muito demandante, Helen não se identificou como psicóloga hospitalar, contudo mantém a identificação como psicóloga. As condições de trabalho, os impedimentos e dificuldades, aliados ao não reconhecimento da profissão levaram Helen a desistir desta atuação, podendo ser relacionado a um rompimento para ampliar a ação. Pela razão do estilo (envolvendo a sua subjetividade) desta psicóloga ser de uma constante reinvenção, uma mudança de área talvez seja o que melhor ela pode decidir. Vale lembrar que o gênero profissional (que envolve a coletividade dos psicólogos) tem a capacidade de marcar o pertencimento a um grupo destes trabalhadores, sendo um orientador da ação (CLOT, 2010a), especificamente, na atenção ao aspecto emocional do paciente, que é a base da atuação.

Diante dos comentários de Helen e de Guilherme, percebe-se que, possivelmente, esta instituição dá liberdade para os psicólogos contratados, incentivando as inovações que esses profissionais tentam inserir nos setores que trabalham. Por outro lado, no que se refere aos residentes - provavelmente por estarem ainda em formação - a autonomia é limitada, interferindo diretamente na sua satisfação e identificação profissional.

5 DISCUSSÃO GERAL

Nessa pesquisa de estudos mistos, através da análise entre os diversos conceitos, percebe-se que o mesmo psicólogo hospitalar que produz sentido no trabalho, é o mesmo sujeito que se autofocaliza de uma determinada forma, e que também tem a possibilidade de utilizar o seu poder de agir ou que tem um impedimento no trabalho para não o realizar, além de ter uma percepção sobre o seu bem-estar. É preciso saber como esses fenômenos psicológicos se modulam entre si, produzindo correlações no sentido de coocorrências (não sendo uma causalidade); quando um fenômeno acontece de um jeito, há uma tendência de que do outro lado, outro fenômeno esteja acontecendo de determinada maneira (de um está ladeando o outro).

Referindo-se a este trabalho, é possível compreender estas coocorrências, inferindo por exemplo, quando a Clínica da Atividade releva determinada aspecto, por outro lado, a teoria da autoconsciência cita outra forma. O sujeito produtor de sentido no ambiente de trabalho também tem um processo de informação autorreferencial, ou seja, tem perfil de autofocalização. O sujeito historicamente, desenvolveu-se de modo que o encontramos trabalhando como psicólogo hospitalar, mas, ao mesmo tempo, ele apresenta uma autoconsciência, além de uma percepção de como se encontra o seu bem-estar subjetivo, que influencia o seu trabalho.

Quando se localiza os psicólogos que possuem traços de autoconsciência mais reflexivos (referente à curiosidade genuína em ampliar o autoconhecimento de maneira criativa), isso deve estar relacionado a questões de valência positiva, melhores índices de bem-estar, sentidos do trabalho positivos (relacionado à autorrealização, à satisfação e ao sentimento de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional), permitindo buscar soluções para questões do cotidiano (TEASDALE; GREEN, 2004), geralmente obtendo êxito em seus impasses, como foi percebido no psicólogo entrevistado Guilherme. Por isso, inferimos que um profissional que possua o tipo de autoconsciência reflexivo detenha uma possibilidade maior de realizar o poder de agir no trabalho. Nota-se que o Hospital em que aconteceu o estudo proporciona condições para que este profissional tenha uma necessária margem de ação e os meios para agir nas situações de trabalho, configurando-se o poder de agir e ampliando a possibilidade para que Guilherme consiga lidar com as fontes tensões existentes.

É notório observar que quando o profissional entende que seu trabalho lhe faz sentido, ele pode vivenciar índices de ajuste psicológico mais elevados, de bem-estar e, conseqüentemente, pode sentir-se mais satisfeito com o trabalho. Este bem-estar experienciado pelos psicólogos é importante para o hospital e para o próprio profissional. E para que o bem-estar no trabalho ocorra, é necessário que o psicólogo tenha possibilidade de usar o seu poder

de agir, por isso, estar em atividade possibilitaria ao sujeito ter autonomia de tomar iniciativas frente às adversidades no ambiente hospitalar; se essa possibilidade lhe é negada, o psicólogo se vê diante de um trabalho insuportável (CLOT, 2010a; ARNOLD et al., 2007).

Ainda é válido especificar que os psicólogos que possuem traços de autoconsciência mais reflexivos, em que há uma sensação de fascínio com que descobrem sobre si mesmos, tende a ter um sentido de trabalho positivo, visualizando como desafios os problemas que surgem, ampliando a possibilidade de resolução das adversidades.

Por outro lado, quando encontramos psicólogos que são mais ruminadores (sustentados por sentimentos negativos de ameaça e perda), podemos encontrar nestes sujeitos uma menor percepção de bem-estar, com afetos positivos e de satisfação baixos e afetos negativos elevados. De acordo com Morin (2002a), os auto-ruminadores examinam ansiosamente o eu e continuam descobrindo - ou se concentrando - em coisas ruins sobre si mesmos, sendo mais propensos à tristeza e baixa autoestima.

Inferimos, então, que quando há um perfil ruminativo em determinado psicólogo, pode também estar presente o sofrimento no ambiente laboral. O sofrimento está ligado ao trabalho impedido. Relacionando com a participante da pesquisa Helen, o seu estilo fica prejudicado frente às demandas, interferindo diretamente no seu poder de agir, sendo, muitas vezes, a psicóloga impedida, por exemplo, de dar continuidade aos atendimentos de alguns pacientes por questões do fluxo institucional, e isso influencia no seu bem-estar, pois são situações que geram sofrimento e angústia para a profissional (CLOT, 2010a; CLOT, 2010b).

O sofrimento do ponto de vista da atividade é efeito de uma atividade reprimida e ou mesmo contrariada, ou seja, o “poder de agir” do psicólogo fica limitado e isso pode influenciar em um sentido do trabalho negativo para este profissional, atingindo a sua satisfação e o seu desempenho, com a possibilidade de influenciar negativamente o seu bem-estar subjetivo.

Ainda vale ressaltar que há uma tendência de quando o psicólogo é mais ruminativo, aparecer um sentido de trabalho de forma negativo; sendo que quando uma atividade é ausente de sentido de trabalho, termina perdendo em seus objetivos e em potência de ação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS SENTIDOS E A ATIVIDADE DOS PSICÓLOGOS HOSPITALARES

O pesquisador, por trabalhar na área da Psicologia Hospitalar, inquietou-se sobre as questões vivenciadas no cotidiano laboral, o que o mobilizou para a idealização e realização deste trabalho com o intuito de buscar respostas as quais, muitas vezes, não são encontradas apenas com a prática laboral. Desse modo, o estudo procurou responder às seguintes questões centrais: Quais são os sentidos de trabalho do psicólogo hospitalar? Quais são os gêneros profissionais dos dois participantes? Quais são os estilos dos dois psicólogos? Existe alguma relação entre gênero e estilo? Os psicólogos entrevistados apresentaram poder de agir? Como se configuraram o poder de agir dos psicólogos? Quais são os fatores que influenciam os níveis de bem-estar dos psicólogos? Quais foram os tipos de autoconsciência dos psicólogos hospitalares?

Para isso, pretendeu-se como objetivos (a) analisar quais são os sentidos de trabalho dos psicólogos hospitalares; (b) identificar o gênero profissional e o estilo dos psicólogos hospitalares; (c) analisar o poder de agir do psicólogo hospitalar no contexto de trabalho; (d) identificar o nível de bem-estar e os fatores que geram esse aspecto nos psicólogos hospitalares; (e) verificar os níveis e os tipos de autoconsciência entre os psicólogos hospitalares.

Referente aos sentidos de trabalho dos psicólogos hospitalares, foi percebido a partir das 06 categorias elaboradas com base nas respostas dos 21 profissionais que participaram do primeiro momento da pesquisa, que os sentidos do trabalho por eles expressos configuram-se em alguns aspectos relevantes para a psicologia hospitalar, que foram “Estrutura do Atendimento em Psicologia”, “Natureza da Clínica no Contexto Hospitalar”, “Identificação e Gratificação Profissional”, “Suporte emocional/Cuidado ao outro e relevância social” “Características do Trabalho em Psicologia Hospitalar” e “Dimensão Ética-Política”.

As categorias de sentido configuraram em uma percepção de que há características internas significativas desta profissão para os psicólogos, como as atribuições funcionais deste profissional, o próprio suporte psicológico aos pacientes e seus familiares, além do grau de complexidade e dinamicidade inerentes à psicologia no contexto hospitalar. Além disso, a necessidade de reinvenção e de aperfeiçoamento foi um aspecto constantemente citado por esses profissionais como algo necessário para uma boa prestação de atendimento. Por fim, uma visão mais ampla dos parâmetros éticos, no conhecimento das políticas públicas e a noção do sistema de saúde dos psicólogos hospitalares configuraram por esses profissionais como relevante no perfil de sua profissão.

Sobre o gênero profissional, as interpretações realizadas com a análise das entrevistas

realizadas com os dois psicólogos, no segundo momento, indicam que, para Helen, a realização da sua função enquanto psicóloga no suporte emocional ao paciente é o principal aspecto que proporciona um pertencimento ao gênero profissional. Já para Guilherme, pertencimento ao gênero profissional dos psicólogos relaciona-se ao processo de identificação com a própria profissão.

Referindo-se ao estilo individual, o da entrevistada Helen, baseia-se na reinvenção no atendimento aos pacientes, aprimorada com a experiência da sua formação como residente e através do contexto da pandemia. Por outro lado, Guilherme possui o estilo individual de tomar iniciativa, em que o processo de inovar e de ser proativo nos setores que trabalha são características evidentes deste profissional. Ao mesmo tempo que os psicólogos vão buscar recursos no gênero, estes profissionais criam variantes estilísticas através de sua própria experiência profissional na sua atuação, existindo uma relação dialética entre gênero e estilo.

No que se refere ao poder de agir do psicólogo contratado, ao qual o Hospital proporciona condições para o profissional inovar, e isto resulta no aumento desta característica. Por outro lado, a psicóloga residente percebeu uma restrição na sua liberdade de atuar, tanto relacionado a uma ideia como uma intervenção prática, impedindo assim a sua atividade. Ademais, isto levou a um retraimento e uma perda de significado referente ao trabalho da psicologia hospitalar, interferindo na sua identificação profissional. Apesar disto, para a Helen, surgiu a superação desta situação institucional pelo exercício de sua função na escuta dos pacientes e de seus familiares, nos momentos de supervisão e na terapia.

Tratando-se sobre o que impedia a atividade da Helen, nota-se a falta de valorização financeira e da equipe multiprofissional. Já para o Guilherme, o que impede a atividade é a inércia da categoria dos psicólogos hospitalares, que por falta de iniciativa, não consegue proporcionar um desenvolvimento do gênero profissional. Nesses dois exemplos, fica evidenciado que o impedimento da atividade pode gerar uma frustração para a Helen e para Guilherme a saída encontrada é a partir da conscientização dos colegas e da equipe, dos pacientes; conseqüentemente, sendo uma fonte que interfere negativamente o bem-estar dos psicólogos entrevistados.

Outros aspectos que geram mal-estar dos participantes são os pontos de tensões, como por exemplo, a excessiva demanda que ocorre nos hospitais somado ao quantitativo reduzido de psicólogos em atuação neste local de trabalho, à hierarquização institucional (as relações de poder), à supremacia do poder médico, ao lugar da psicologia em relação a outras áreas, como também ao lugar do profissional na equipe. Os pontos de tensões são aspectos que interferem nos estilos individuais e no poder de agir dos psicólogos através das possibilidades que surgem

neste Hospital, nas características existentes no ambiente laboral e nos limites impostos pelos chefes aos profissionais. Por isso, o significado que esses pontos de tensões e o que o profissional pode fazer com a percepção desses aspectos prejudiciais na rotina diária do trabalho é a principal característica que deve ser observada. Percebe-se que a atividade do profissional não é jamais uma mera reação ao contexto profissional, sendo uma espécie de filtro subjetivo que proporciona um sentido para a vida do psicólogo e, pelo histórico de vida e suas características individuais, faz com que cada psicólogo tenha uma forma de se comportar frente às adversidades bem diferente daquela que lhe depositam as atividades de concepção, como ficou evidente nos modos de ação dos dois psicólogos, as quais foram distintas.

Sobre a autoconsciência, foi observado a existência, entre os psicólogos, do tipo ruminadores, que são sujeitos que se sentem ansiosos com o que descobrem sobre eles próprios e do tipo auto-reflexão, que apresentam uma sensação de fascínio com que descobrem sobre si mesmos. Vale observar que esses dois tipos de autoconsciência apresentaram correlação com outras variáveis, como os aspectos emocionais e de satisfação do bem-estar e com as próprias categorias do sentido de trabalho.

A pesquisa sobre as atividades dos psicólogos hospitalares - tanto através do sentido de trabalho quanto na entrevista - pôde beneficiar os participantes na análise da psicologia dentro do ambiente hospitalar e sobre as consequências de suas funções, mostrando a importância do poder de agir no desempenho laboral e no seu bem-estar e, assim, proporcionar novos sentidos de ação para estes profissionais através de um momento de reflexão sobre as suas vivências profissionais.

Da análise do sentido de trabalho para os psicólogos hospitalares e o enfoque da Clínica da Atividade sobre as peculiaridades dos dois psicólogos hospitalares, fica evidenciado a congruência dos aspectos entre essas duas bases metodológicas de investigação, pois as categorias que surgiram através da análise temática fazem parte do próprio gênero profissional e dos estilos que estes psicólogos experenciam e utilizam ao exercer a profissão, havendo uma relação de constante aperfeiçoamento. Como exemplo, destaca-se o gênero profissional de Guilherme que está pautado na categoria de sentido *Identificação e gratificação profissional*.

Os resultados deste estudo confirmam os resultados da investigação realizada por Diener e Biswas-Diener (2002), comprovando que o aspecto financeiro parece estar relacionado com o bem-estar. E ainda se tratando de bem-estar dos psicólogos, esta dissertação corrobora com o estudo sobre o bem-estar de psicólogos hospitalares (SOUZA, 2015), que mostrou possibilidades de intervenções no sentido de fazer com que melhore o bem-estar e a satisfação no trabalho destes profissionais.

Além disso, cabe observar que esta pesquisa com psicólogos hospitalares, baseada na Clínica da Atividade, corroborou com estudos que foram realizados recentemente, ancorados nos aportes teóricos e metodológicos desta abordagem (LOPES, 2020; CLEMENTE, 2021; WANDERLEY et al., 2020), os quais proporcionaram aos trabalhadores uma visão mais ampla de seu ofício, possibilitando a utilização do poder de agir como fonte de ação. Além disso, pesquisas realizadas sobre o sentido de trabalho em outras profissões (MORIN, 2002b) estão coerentes com a importância que as categorias do sentido do trabalho obtiveram nos resultados.

Ainda sobre as contribuições desta dissertação, salienta-se a utilização dos métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa em uma mesma investigação com enfoque na relação entre a clínica da atividade, o processo cognitivo da autoconsciência, além do bem-estar e sentido de trabalho, mostrando-se relevante por conta da escassez de estudos conjuntos das áreas.

Por fim, destaca-se a relevância de aprofundar, em outras pesquisas, o estudo sobre os psicólogos hospitalares através de outros prismas de análise, como na comparação de psicólogos de diferentes hospitais, para que assim seja possível identificar as peculiaridades e o que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida desses profissionais, que ainda mais neste contexto pandêmico, pôde auxiliar pacientes e familiares através do suporte psicológico.

REFERÊNCIAS

- ACCIARI, A.S. **Evidências de bem-estar psicológico, resiliência e coping em pacientes com doença de crohn.** Tese de doutorado. FCMUEC. Campinas 2019.
- ALBUQUERQUE, A. S., & TRÓCCOLI, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 20(2), 153-164, 2004.
- ALVES, S.S.; DA SILVA, R.P. Condições de trabalho e saúde de psicólogos hospitalares. **Tópicos em Ciências da Saúde**. 7ed.: v. 7, p. 113-118, 2018.
- AMIGUES, R. **Pour une approche ergonomique de l'activité enseignante. Skholê, hors série 1**, 2004, p. 5-16. Disponível em: <Pour une approche ergonomique de l'activité.pdf (philippeclauzard.com)> Acesso em: 26 jun. 2021.
- ANDRADE, S.P.C; TOLFO, S.R; DELLAGNELO, E.H.L. Sentidos do trabalho e racionalidades instrumental e substantiva: interfaces entre a administração e a psicologia. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 16, p. 200-216, 2012.
- ANGELOCCI, L et al. **A prática profissional de psicólogos em ambiente hospitalar.** Psicologia: Um Olhar Do Mundo Real - Volume 1. 2020.
- ANGERAMI-CAMON, V. et al. **Psicoterapia Hospitalar: Teoria e Prática. Cengage Learning**, 2010.
- ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez: Ed. UNICAMP, 2003.
- ANTUNES, R. Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho? **Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho.** São Paulo, nov. 2008.
- ARAÚJO, C. G. A. **A saúde mental está doente! A Síndrome de Burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde** (Dissertação de mestrado). USP, 2008.
- ARIEL, B. et al. **Paradoxical effects of self-awareness of being observed. Journal of Experimental Criminology**, v. 14, n. 1, p. 19-47, 2018.
- ARNOLD, K. A., TURNER, N., BARLING, J., KELLOWAY, E. K., & MCKEE, M. C. Transformational leadership and psychological well-being: **The mediating role of meaningful work. Journal of Occupational Health Psychology**, 12, 193-203. doi:10.1037/1076-8998.12.3.193, 2007.
- ASSIS FE, F. A atuação da psicologia hospitalar, breve histórico e seu processo de formação no Brasil. **Revista Eletrônica Psicol Argum**, 37(98):501 -512, 2019.
- AZEVEDO A. V. S. & CREPALDI M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos e práticos. **Estud. psicol.** 2016.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W, D. L. **A humanização hospitalar como expressão da ética.** Rev. Latino-am enfermagem, Rio Grande. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18> acesso em 20 de nov. 2021.

- BAKHTIN, M. Estética da criação verbal. **Martins Fontes**. São Paulo, 1997.
- BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In M. Bakhtin (Ed.). Estética da Criação Verbal (pp.261-306). São Paulo: **Marins Fontes**, 2006.
- BALDRY, Chris et ai. The meaning of work in the new economy. Basingstoke: **Palgrave Macmillan**, 2007.
- BARROS, S. C., ALVARO, J. L., & BORGES, L. O. Significados do trabalho e do dinheiro: quais suas funções sociais?. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 18, 282-290, 2018.
- BATISTA, M. A. **Développement du pouvoir d'agir et genre professionnel: Le métier des agents communautaires de santé. Thèse de doctorat de Psychologie**. Cnam, Paris, 2015.
- BATISTA, Taísa Candido de et al. Autoconsciência em estudantes talentosos: um estudo fenomenológico-semiótico. **Psicologia Escolar e Educacional**, 2017.
- BENDASSOLI, P.F. Trabalho e identidade em tempos sombrios: insegurança antológica na experiência atual com o trabalho. São Paulo. **Idéias & Letras**, 2007.
- BENDASSOLLI, P. F. **Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. Mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v.10, n.1, p.63-98, mar. 2011.
- BENDASSOLLI, P.; SOBOLL, L. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 59-72, 1 jun. 2011.
- BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento (24ª ed.). Petrópolis, RJ: **Vozes**. 1974/2004.
- BIANCHI, E.M.P.G.B. **Sentido do Trabalho: uma demanda dos profissionais e um desafio para as organizações**. Tese apresentada à Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- BLOCK, N. On A Confusion About a Function Of Consciousness. **Behavioral and Brain Sciences**, 8 ,40, 1995.
- BLOCK, N., CARMEL, D., FLEMING, S. M.,BLUMENFELD, H., BROWN, R., et al. Opportunities and challenges for a maturing science of consciousness. **Nat. Hum. Behav.** 3,104–107, 2019.
- BOEHS, S. T. M., & SILVA, N. Bem-estar, felicidade e satisfação de vida na aposentadoria: construindo reflexões. (1ª ED.) **São Paulo: Vetor**, 2017.
- BORAWSKI, Dominik. Autenticidade e ruminação mediam a relação entre solidão e bem-estar. **Psicologia Atual**, v. 40, n. 9, p. 4663-4672, 2019.
- BORGES, A. **A relevância da atuação do psicólogo face ao paciente crítico/cirúrgico e família**. *Psicologia*, p. 1-15, 2018.
- BORGES, L. O; ALVES FILHO, A. **A mensuração da Motivação e do Significado do**

- Trabalho.** Estudos de Psicologia, Campinas: v. 6, n. 2, p. 177-194, 2001. Disponível em: www.scielo.br/estpsi. Acesso em: 13 ago. 2021.
- BORGES, M. E. S. Trabalho e gestão de si para além dos “recursos humanos”. **Caderno de Psicologia Social e do Trabalho.** São Paulo, v. 7, p. 41-49, 2004.
- BOYATZIS, R. E. **Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development.** Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 4 de 26 de março de 2020.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), Seção 1:61. 2020.
- BRASIL. CFP. Resolução 13/07. **Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e normas e procedimentos para seu registro, 2007.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 597. **Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia.** Diário Oficial da União. Edição 230, Seção 1, 2018.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology,** 3 (2). pp. 77-101, 2006.
- BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence.** The Lancet, 395(10227), 912–920, 2020.
- BUENO, L. e ROCHA, R.C. Autoconfrontação simples: reflexões sobre quando o pesquisador é um colega de trabalho. **Diálogos na perspectiva histórico-cultural: interlocuções com a clínica da atividade.** 2016.
- CARAN, C. S. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário.** 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Belo Horizonte, 2013.
- CARDOSO, F. T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.** 2007.
- CARVALHO, D.B. **Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar.** Psicol. cienc. 2013
- CARVALHO, W.M.; TEODORO, M.D. Educação para os profissionais de saúde: a experiência da Escola de Aperfeiçoamento do SUS no DF. **Ciência & Saúde,** v. 24. 2019.
- CARVER, C. S., AND SCHEIER, M. F. Self-focusing effects of dispositional selfconsciousness, mirror presence, and audience presence. **J. Pers. Soc. Psychol.** 1978.
- CASTRO, E.K., & BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: possibilidades da inserção profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão,** 2004.
- CHALMERS, D.J. Consciousness ad its Place in Nature. Stivh S.A.W., F (Ed.) **BlackWell Guide To the Philosophy of Mind,** Londen: BlackWell. 2003.

CHIATTONE, H.B.C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. Psicologia da Saúde. 2ª Edição revista e ampliada. **Cengage Learning Edições**, 2011.

CLEMENTE, M.C.T; LOPES, W.B.M. A relação atividade-afetividade na formação inicial de uma professora de francês. **Revista Linguagem em Foco**, v. 13, n. 1, p. 92-113, 2021.

CLOT, Y. (1999). **La fonction psychologique du travail**, Paris: PUF, 1998.

CLOT, Y. A função psicológica do trabalho (2 ed.). **Vozes**. Petrópolis, 2007a.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: P. F., Bendassolli & L. A. Soboll (Orgs.), *Clínicas do trabalho* (pp.70-83). São Paulo: **Atlas**. 2011.

CLOT, Y. Entrevista: Yves Clot. **Cadernos de Psicologia Social**, 2006a. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v9n2/v9n2a08.pdf>. acesso em 16 de jun. 2021.

CLOT, Y. Le problème des catachreses em psychologie du travail: um cadre d'analyse. **Le Travail humain**, 60,37-48. 1997.

CLOT, Y. Le travail à coeur. **La Découverte**. Paris, 2010b.

CLOT, Y. Trabalho e poder de agir. Tradução de Guilherme Joçao de Freitas e Marlene Machadi Zica Vianna -. **Fabrefactum**, Belo Horizonte, 2010a.

CLOT, Y. Trabalho e sentido do trabalho. **Editora Blucher**. São Paulo, 2007b.

CLOT, Y. **Travail et pouvoir d'agir** Paris: PUF, 2008.

CLOT, Y.; FAITA, D. Genres et styles en analyse du travail: concepts et méthodes. **Travailler**, n. 4, p. 7-42. 18-22, 2017.

CLOT, Y. VYGOTSKI: **para além da psicologia cognitiva**. In *Propoções*. Faculdade de Educação/UNICAMP. V.17. n 2 (50). Mai/ago 2006b.

CONCEIÇÃO, C.L.R; SANTORUM, K.M.T. Intervindo nos processos de formação para o cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, 2018.

CONCEIÇÃO, C.L; ROSA, R.P; SANTORUM, K.M.T. Intervindo nos processos de formação para o cuidado em saúde: uma experiência com o método de instruções ao sócia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, 2018.

COSTA FG. **Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociais no contexto do diabetes mellitus** [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2017.

COUTINHO, M.C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 12, n.2, pp. 189-201, 2009.

COWDEN, R. G. & MEYER-WEITZ, A. Self-reflection and self-insight predict resilience and stress in competitive tennis. **Social Behavior and Personality**, 44 (7), 1133-1150, 2016.

CRESWELL, J.W, Plano Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. 2ª ed. **Porto Alegre (RS): Penso**; 2013.

CUNHA, J.C.S; DA COSTA T; SOEIRO, A.C.V. Desafios da psicologia hospitalar no ensino em saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, 2021.

DA CONCEIÇÃO, C.L.; DA ROSA, R.P.F; DA SILVA, C.O. A clínica da atividade no Brasil: por uma outra psicologia do trabalho. **Horizontes**, v. 35, n. 3, p. 23-37, 2017.

DA SILVA GOTTARDO, L.F.; FERREIRA, M.C. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, p. 146-160, 2015.

DA SILVA, A.C. Além das Máscaras – um registro fotográfico de profissionais da saúde no combate ao novo coronavírus. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

DA SILVA, M.P. et al. O estudo do sentido do trabalho: contribuições e desafios para as organizações contemporâneas. **Revista Capital Científico-Eletrônica (RCCe)**-ISSN 2177-4153, v. 13, n. 3, p. 136-151, 2015.

DA SILVA, W.P.; GOMES, I.C.O. Atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 3, p. 44-52, 2017.

DAMACENO, M.; CHIRELLI, M.Q. Análise temática acerca da Saúde do Idoso no cenário da Estratégia. Saúde da Família em município brasileiro. **CIAIQ**, v. 2, 2017.

DANZMANN, P.S.; DA SILVA, A.C.P; GUAZINA, F.M.N. Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

DE FIGUEIREDO, L.H.C.FIGUEIREDO, C. **A atuação do psicólogo no ambiente hospitalar**. Encontros de Iniciação Científica UNI7, v. 8, n. 1, 2018.

DE LIMA A.M; ROMAGNOLI, R.C. Prática do Psicólogo na Atenção Básica–SUS: conexões com a clínica no território. **Contextos Clínicos**, v. 10, n. 2, p. 284-299, 2017.

DE LIMA, Anselmo Pereira. Linguística aplicada e psicologia do trabalho: a contribuição do conceito de atividade reguladora para a clínica da atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. spe1, p. 47-58, 2013.

DE SOUZA, G.C. et al. Estudo da consciência e a cognição corpórea. **Ciências & Cognição**, v. 11, 2007.

DEHAENE, S., LAU, H., AND KOUIDER, S. What is consciousness, and could machines have it? *Science* 358, 486–492. doi: 10.1126, **science.aan**, 2017.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In C, 2007.

DEJOURS, C. A loucura no trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho. São Paulo: **Cortez**, 1987.

DESOUZA, M. L. & GOMES, W. B. **Aspectos históricos e contemporâneos na investigação do self**. Memorandum,9, 78-90,2005. Disponível em <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a09/souzagomes01.pdf>> acesso em 16 de nov. 2020.

DIAS, E.L; LUKACHAKI, K.R.S.; VALENTIM, A.S. **Psicologia hospitalar e equipe multiprofissional-interdisciplinaridade na promoção de saúde**, 2020

DIENER, E. & LUCAS, R. F. Subjective emotional well being. **New York: Guilford**, 1984-5/1999/2000/2009.

DIENER, E. D. et al. **The satisfaction with life scale**. **Journal of personality assessment**, v. 49, n. 1, p. 71-75, 1985.

DIENER, E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575, 1984.

DIENER, E., & BISWAS-DIENER, R. Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. **Social Indicators Research**, 57(2), 119-169, 2002.

DIENER, E. Happiness is a virtue – good for you and good for a world. In R. J. Sternberg; S. T. Fiske; Foss, D. J. (p. 345-48). **Cambridge University Press**, 2016.

DRANE, J. O suicídio: Algumas reflexões bioéticas, Bioética, cuidado e humanização: Sobre o cuidado respeitoso, (pp. 93-107). São Paulo, SP: **Loyola**, 2014.

DUAN, LI; ZHU, GANG. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **Lancet Psychiatry**. Published: February 18th, 2020.

DURÃO, N. G.; Psicossomática: o sujeito, sua relação com o corpo e o adoecer. p. 115- 125, 2015. **Editora Artesã**: Belo Horizonte, 2015.

DUVAL, S.; WICKLUND, R. A. A theory of objective self-awareness. **Academic Press**. New York. 1972.

ENGLAND, G. E. The patterning of work meanings wich are coterminous with work outcome levels for individuals in Japan, Germany and the USA. **Applied Psychology: An International Review**, 39(1), 29-45. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1990.tb01036.x>, 1990.

FAWCETT J. **Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice**. **Nurs Sci Quart**, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805392>>. Acesso em: 02 Jan. 2022.

- FENDER, W.D.; MORETTO, M.L.T. Construir, comunicar, transmitir: um caminho possível para o analista em uma equipe multidisciplinar. **Revista da SBPH**, v. 23, n. 1, 2020.
- FENIGSTEIN, A. Nature of public and private self-consciousness. **Journal of Personality**, 5, 1975.
- FENIGSTEIN, A., SCHEIER, M., & BUSS, A. Public and private self-consciousness: Assesment and theory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 43, 522 -527, 1975.
- FERREIRA, A. A. L. O múltiplo surgimento da psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L., **História da Psicologia: Rumos e Percursos** (pp. 13-46). Rio de Janeiro: Nau Editora, 2008.
- FISCHER, R. & VAN DE VLIERT, E. Does Climate Undermine Subjective Well-Being? A 58-Nation Study. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 37 (8), 1031-1041, 2011.
- FLECKHAMMER, L. Insight into the self-absorption paradox: The development of multi-faceted model of self-conscious ruminative and reflective thought. Unpublished doctoral dissertation, **Swinburne University of Tecnology**. Hawthorn, Austrália, 2004.
- FLICK, U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.
- FONSECA, M.N.A. et al. Ambivalências do ser mãe: um estudo de caso em psicologia hospitalar. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 141-155, 2018.
- GALINHA, I. Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais. **Coimbra: Quarteto Editora**, 2008.
- GALINHA, I; RIBEIRO, J.L.P. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005.
- GARCIA, D. & ERLANDSSON, A. The Relationship Between Personality and Subjective Well-Being: Different Association. **Journal of Happiness Studies**, 12 (6),1023-1034, 2011.
- GERVAIS, W. M., & NORENZAYAN, A. (2012). Like a camera in the sky? Thinking about god increases public self awareness. **Journal of Experimental Social Psychology**, 2012.
- GONDIM, D.S.M; DE OLIVEIRA T,V.M.R.. Conhecer para otimizar o fazer: sobre a representação social da psicologia no hospital. **Revista Sinais**, v. 1, n. 19, 2016.
- GRINCENKOV, F.R. A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. **Hu Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020.
- GRINDE, B. Happiness. In. Zeigler, V., Welling, L & Shackelford (Eds.), *Evolutionary Perspectives on Social Psychology* (pp.439-446). **Rochester: Springer**, 2015.
- GUÉRIN, F., KERGUELEN, A., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG , J. (2001). Compreender o trabalho para transformá-lo: A prática da ergonomia. São Paulo: **Edgard Blücher**, 2001.

- GUSMÃO, L. M. **Psicologia intensiva: nova especialidade**. 2012. Disponível em:<<http://www.redepsi.com.br/2012/05/08/psicologia-intensiva-nova-especialidad>>Acesso em: 30 jun. 2021
- GUSTAVO, C.T.; WAGMAKER, S.G. Aspectos Psicológicos em Pacientes Cardíacos Pré-Cirúrgico. *Intervenções do Psicólogo Hospitalar*. **Vitória**, 2017.
- HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Motivation through the design of work: **test of a theory**. **Organizational Behavior and Human Performance**, v. 16, p. 250-279, 1975.
- HEINTZELMAN, S. J. (2018). Eudaimonia in the contemporary science of subjective well-being: Psychological well-being, self-determination. **DEF Publishers**, 2018.
- HUPPERT, F.A. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequence. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 1, n. 2, p. 137-164, mar. 2009.
- IMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença, 8ª ed. Belo Horizonte: **Artesã Editora**, 2018.
- ISMAEL, S.M.C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. SP:**Casa do Psicólogo**, 2005.
- JACKSON, J.M. Engajamento no trabalho, impedimentos organizacionais e adoecer: a contribuição da Ergonomia. **Rev Bras Saúde Ocup**. 2015.
- JAMES. W. (1892). The Steam of Consciousness Psychology. **Cleveland & New York**, 1892.
- JUNIO, O.M.C. Vocational Orientation: Theory and Practice. **ID on line Revista de Psicologia**, v. 14, 2020.
- KERBAUY, RR. Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicol USP*, 13(1):11-28, 2002.
- KOWALSKI, T. H. P. E W. LORETTO, Well-being and HRM in the changing Workplace, **The international Journal of Human Resource Management**, Vol. 28, Nº 16, 2017.
- KUPERMANN, D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. **Revista da SBPH**, 19(1), 6-20, 2016.
- LANGARO, F. “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 224-235, 2017.
- LANIGAN, R. The human science of communicology. Pittsburg: Duquesne University Press. Mittal, B., & Balasubramanian,S.K. **Journal of Personality Assesment**. 1987/1992.
- LAYOUS, K., NELSON, S. K., & LYUBOMIRSKY, S. What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? **Journal of Happiness Studies**, 14(2), 635–654, 2003.
- LEONTIEV, A. N. **Atividade, Consciência e Personalidade**, 1978/83. Disponível em <[www.mists.org/portugues/leontiev/1978/activ_pers on/index.htm](http://www.mists.org/portugues/leontiev/1978/activ_pers_on/index.htm). >Acesso em 23 jan. 2021.

LEONTIEV, A. N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem São Paulo: **Ícone**, 2006.

LEONTIEV, Alexei N. et. al. (Org.). Psicologia e pedagogia: bases psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento. 4. ed. São Paulo: **Centauro**, 2007.

LEPLAT, J.; HOC, J. **Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. Cahiers de psychologie cognitive**, v. 3, n. 1, p. 49-63, 1983.

LIMA, D. D.O Suporte Psicológico e a Criança Hospitalizada: o impacto da hospitalização na criança e em seus familiares. **Rev. Psicologia Portal dos Psicólogos**. SP. 2011.

LIMA, M. E. A. (2010). Abordagens clínicas e saúde mental no trabalho. In P. F. Bendassolli & L. A. Soboll (Orgs.), Clínicas do trabalho (pp. 227-257). São Paulo: **Atlas**. 2010.

LIMA, M.A.E. Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** vol.32 no.115, São Paulo. 2007.

LOPES, W.B.; DE MORAES, R.M.A. 2020. **A atividade docente de professores estagiários**. Série Educar-Volume 5 Formação Docente, p. 32, 2020.

LUTHANS, F., C. M. YOUSSEF E B. J, Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge, **Oxford: Oxford University Press**, 2007.

LYUBOMIRSKY, S., Como Ser Feliz - A Receita para a Felicidade, **Lisboa: Pergaminho**, 2011.

MAGALHÃES, M. O., & BENDASSOLLI, P. F. Desenvolvimento de Carreiras nas Organizações. O trabalho e as organizações. Porto Alegre: **Artmed**, 2017.

MAIA MFM, TOLENTINO TM, LIMA CAG, SOUZA BVO, LAFETA JCL, SILVA P, Et al. Psicologia positiva e o bem estar: estudo dos aspectos saudáveis do viver. **RENEF**; 7(9): 2-30, 2018.

MARCO PF, CÍTERO VA, MORAES E, NOGUEIRA-MARTINS LA. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação. **J Bras Psiquiatr**; 57(3):178-183. 2008.

MARLENE, C. S. GALERY, L. M. Criança Hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. **Rev. Unoesc & Ciência**. Joaçaba-SC, v. 2, n. 2, p. 140-154, 2011.

MEDEIROS L.A., LUSTROSA MA. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 2, p. 203227, jul/dez 2011.

MEDEIROS, E. **Bem-estar subjetivo sob a perspectiva da psicologia evolucionista e da psicologia positiva**. Dissertação de Mestrado. UFRN, 2020.

MELO, C. B. História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. **Psicologia, saúde e hospital**: contribuições para a prática profissional, 19-32, 2015.

- MENEZES, C. B., & BIZARRO, L. Effects of a brief meditation training on negative affect, trait anxiety and concentrated attention. **Paidéia**, 25(62), 393-401, 2015.
- MERCÊS, N.N.A. e SILVA, L.A.G.P. Estudo de casos múltiplos aplicado na pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Rev Bras Enferm.**71(3):1263-7, 2018.
- MERHY, E. E., & FEUERWERKER, L. C. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Avaliação compartilhada do cuidado em saúde, 59-72, 2016.
- MOLINA, M.L. et al. Bem-estar e fatores associados em professores do ensino fundamental no sul do Brasil. **Revista CEFAC**, v. 19, p. 812-820, 2017.
- MOLON, S. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. **Petrópolis: Vozes**, 2003.
- MONTEIRO, C., & DÍAS, C. & CORTE, N. Atividade física, bem estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, 2014.
- MORIN, A. A Neurocognitive and Sociological Model of Self-Awareness. **Genetic, Social, and General Psychology Monographs**, 130 (3), 197-222, 2004.
- MORIN, A. Do you "self-reflect" or "self-ruminate"? **Behavioral Sciences,College**, 2002a.
- MORIN, A. (1998). **Imagery and self-awareness: A theoretical note. Theory and Review in Psychology.** Retrieved July 06, 2005, from Disponível em <http://www.gemstate.net/susan/Imagry2.htm>. >. Acesso em 22 jan. 2021.
- MORIN, A. History of exposure to self-focusing stimuli as a developmental antecedent of self-consciousness. **Psychological Reports**, 80(3_suppl), 1252-1254, 1997.
- MORIN, A. Levels of consciousness and self-awareness: A comparison and integration of various neurocognitive views. **Consciousness and cognition**, 15(2), 358-371, 2006.
- MORIN, A. Self-awareness part 1: Definition, measures, effects, functions, and antecedents. **Social and personality psychology compass**,5(10), 807-823, 2011.
- MORIN, A.; EVERETT, J. Inner speech as a mediator of Self-awareness, Self-consciousness, and Self-knowledge: An hypothesis. **New Ideas in Psychology**, v. 8, 1990.
- MORIN, E. M. La que te Du sens au travail. Le papier a presente dedans. Sherbrooke, France: **Universite de Sherbrooke**, 1996.
- MORIN, E. M. **The meaning of work in modern times.** In: 10th World. Congress on Human Resources Management, Rio de Janeiro, Brasil, 2004b.
- MORIN, E. Sentidos do trabalho. Gestão Empresarial: o fator humano. SP: **Atlas**, 2002.
- MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista de administração de empresas**, v. 41, n. 3, p. 08-19, 2001
- MORIN, A. Self-Awareness Part 1: Definition , Measures , Effects , Functions , and

Antecedents. Social and Personality Psychology Compass, 5(10):807 – 823, 2011.

MOW. International Research Team. The meaning of work: an international view. **Londres: Academic Press**, 1987.

MUNIZ-OLIVEIRA, S. O trabalho docente no ensino superior: múltiplos saberes, múltiplos fazeres do professor de pós-graduação. Caminas, SP: **Mercado de Letras**, 2015.

NASCIMENTO, A. **Autoconsciência Situacional, Imagens Mentais, Religiosidade e Estados Incomuns da Consciência**. Tese de Doutorado. 2008.373 f. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva) – UFPe, Recife, 2008.

NASCIMENTO, A. M.; ROAZZI, A. Autoconsciência, imagens mentais e mediação cognitiva. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 26(3), 493-505, 2013.

NASCIMENTO, A.M. & ROAZZI, A. Religiosidade e o desenvolvimento da autoconsciência em universitários. **Arq. bras. psicol.** Rio de Janeiro. vol.69 no.2, 2017.

NEDER, M. (2005). Mathilde Neder –Homenageado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 2, p. 332-332, 2009.

NETO, A.B.A. A Clínica e a experiência do fora: sobre o posicionamento ético-político do psicólogo no hospital geral. **Mnemosine**, v. 15, n. 2, 2019.

OISHI, S., DIENER, E., LUCAS, R. E., & SUH, E.M. Variações transculturais nos preditores da satisfação com a vida: Perspectivas a partir de necessidades e valores. **Em Cultura e bem-estar** (pp. 109-127). Springer, Dordrecht, 2009.

OLIVEIRA, I. F. DE., SILVA, F. L., & YAMAMOTO, O. H. (2007). A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, 2007.

OSORIO, C. M, J. MINAYO, G, C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, n. 21 (2), p. 517-524, 2005.

OSORIO, C; PACHECO, A.B,B; DE BARROS, M,E.B. Oficinas de fotos: experiências brasileiras em clínica da atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. spe1, p. 121-131, 2013.

PATIAS, N. D., HEINE, J. A., & DELL'AGLIO, D. D. **Bem-estar subjetivo, violência e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes**. Avaliação Psicológica, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1604.13012>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

PAZ, M.G.T et al. Bem-estar pessoal nas organizações e qualidade de vida organizacional: o papel mediador da cultura organizacional. **Revista de Administração Mackenzie**, 2020.

PEREIRA, E.F.; TOLFO, S.T.R. Estudos sobre sentidos e significados do trabalho na psicologia: uma revisão das suas bases teóricoepistemológicas. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 87, 2017.

- PEREIRA, P.O.C. **O Psicólogo do CAPS: desafios e impasses na construção de uma identidade. Dissertação de mestrado.** Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, 2007.
- PÉREZ-NEBRA, AMALIA R.; QUEIROGA, FABIANA; OLIVEIRA, THIAGO A. Presenteísmo de professores regentes: bem-estar como estado psicológico crítico na mediação de características do trabalho. RAM. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 21, 2020.
- PICCININI, V. C. et al. Quando trabalhar faz sentido. **AGRH**, Paris, setembro, 2005.
- PINHEIRO, F.P.H. et al. **Clínica da atividade conceitos e fundamentos teóricos.** 2016.
- PIRES, M., & NUNES, F. The mediating role of virtuousness in human resource management and job outcomes. **Revista de Administração de Empresas**, 58(4), 380-392, 2018.
- PORCINO, J.M.A et al. **A morte e o morrer: a importância da escuta psicológica,** 2020.
- PREGNOLATTO, A. P., & AGOSTINHO, V. B.. O psicólogo na unidade de terapia intensiva - Adulto. In M. N. Batista & R. R. Dias (Eds). RJ: **Guanabara Koogan**, 2003.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª. ed.Universiade Freevale, 2013.prof. Brasília, v. 33, n. 2, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a08.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2021.
- QUEIROZ, L. L. G. DE, AZEVEDO, A. P., CHERER, E., & CHATELARD, D. S. Psychology at hospital maternity: an experience report. Fractal: **Revista de Psicologia**, 2020.
- RAMOS, C.S. et al. Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, v. 16, 2018.
- ROBERTSON, I., COOPER, C. L., SARKAR, M., & CURRAN, T. Resilience training. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 2015.
- ROCHA, C.T.M; AMADOR, F.S. A respeito do conceito de experiência na clínica da atividade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.** São João del Rei: UFSJ, 2006-. Vol. 13, n. 2 (maio/ago. 2018), e2642,[15 p.], 2018.
- ROCHAT, P. Five levels of self-awareness as they unfold early in life. **Conscious. Cogn.** 2003.
- ROGER, J. L. Metodologia e métodos de análise em clínica da atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.** vol. 16, n. especial 1, p. 111-120, 2013.
- ROSA, R. P. F. **Terapia ocupacional e clínica da atividade: intercessões nos debates da atividade de formação.** Tese de Doutorado. (Doutorado em Psicologia). UFF, Noterói, 2017.
- ROSS, J., A, J.R., & Campbell, R.N. Situational changes in Self-awareness influence 3- and 4-year-olds' self-regulation. **Journal of Experimental Child Psychology**, 108, 126-138, 2011.

- RUDNICKI, T; SCHMIDT, B. *Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar: Aspectos Conceituais e Práticos*. SP:**Atheneu**,p. 3-10, 2015.
- RUELLAND-ROGER, D. Gênero de atividades profissionais, variantes estilísticas e genericidade em clínica atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. spe1, p. 133-144, 2013.
- RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 57, 1069-1081. 1989.
- SALES, R.Z; GOMES, T.M. Formação e atuação do psicólogo nas políticas públicas e no CERSAM: conquistas e desafios. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, 2020.
- SASAKI, V.D.M et al. **Assistência no Programa de Ostromizados: perspectiva da equipe multidisciplinar**. 2020.
- SCHWEITZER, L. et al. Bases epistemológicas sobre sentido(s) e significado(s) do trabalho em estudos nacionais. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 103-116, 2016.
- SELIGMAN, M. E. P. Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. **Rio de Janeiro: Objetiva**, 2011.
- SELIGMAN, M. E. P., & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). **Positive psychology: An introduction**. *American Psychologist*, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>>. Acesso em: 30 Jun. 2021.
- SELIGMAN, M. E. P.; CHOI, H.; OISHI, S. Happiest people revisited. **Perspectives on Psychological Science**, v.13, n.2, p.176–84, 2018.
- SERAFIM, R.S; DO BÚ, E.N. Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao Covid-19. **Revista Saúde & ciência Online**, v. 9, n. 1, 2020.
- SILVA, C. O., BARROS, M. E. B., & LOUZADA, A. P. F. Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In P. Bendassolli & L. A. P. Soboll (Orgs.). São Paulo: **Atlas**, 2011.
- SILVA, C. S. R; ALMEIDA, M. L; BRITO, S.S; MOSCON, D. C. B. **Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação**. 2017. Seminário Estudantil de Produção Acadêmica. Salvador, v.16,n.1,p.355-371,2017. Disponível em <<https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4960/3358>>. Acesso em 2 jan. 2021.
- SILVA, E. A. DE, & COSTA, I. I. Saúde Mental dos trabalhadores em Saúde Mental: um estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista**, 14(1), 83-106, 2008.
- SILVA, F.C. G. H. MEAD – A critical introduction. Cambridge: **Polity Press**, 2008.
- SILVA, P.I.; NOVAIS, M.R.; ROSA, I.O A função do psicólogo no pronto-socorro: a visão da equipe. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 2, p. 149-169, 2019.

- SILVA, R. B., & CARVALHAES, F. F. (2016). Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. **Psicologia & Sociedade**, 28(2), 247-256, 2016.
- SILVIA, P. J. E DUVAL, T. S. Objective Self-Awareness Theory: Recent Progress and Enduring Problems. **Personality and Social Psychology Review**, 2001.
- SILVIA, P. J., & O'BRIEN, M. E. Self-awareness and constructive functioning: revisiting "The human dilemma". **Journal of Social and Clinical Psychology**, 2004.
- SIMONETTI, A. Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença. 8. ed. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2013.
- SIQUEIRA, M. M. M., & PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 24(2), 201-209, 2008.
- SIRGY, M. J., & LEE, D.-J. Macro measures of consumer well-being (CWB): a critical analysis and a research agenda. **Journal of Macromarketing**, 26(1), 27-44, 2006.
- SNYDER, C. R., & LOPEZ, S. J. (2009). Psicologia positiva. **Porto Alegre: Artmed**, 2009.
- SOARES, J. Reflexões sobre as dimensões educativas das práticas em saúde. **In: São Paulo: HUCITE**, p. 135-146, 2017.
- SOUZA, Alline Alves. Perfil profissional, bem-estar e satisfação no trabalho de psicólogos que atuam em serviços de saúde pública. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, p. 249-258, 2015.
- SOUTO, A.P.; LIMA, K.M.N; SILVA, C.O. Reflexões sobre a metodologia da clínica da atividade: diálogo e criação no meio de trabalho. **Laboreal**, v. 11, n. Nº1, 2015.
- SOUZA, G.E. et al. **O sofrimento psíquico dos profissionais da saúde no contexto hospitalar: uma revisão bibliográfica**. e-RAC, v. 7, n. 1, 2018.
- SPINELLI-DE-SÁ, J.G.; LEMOS, A.H.C. Sentido do trabalho: Análise da produção científica brasileira. **Revista ADM. MADE**, v. 21, n. 3, p. 21-39, 2018.
- STEFANELLO, J. M. **Tipos de pesquisa considerando os procedimentos utilizados**. Material elaborado para o Curso de Especialização em Ergonomia, Disciplina de Metodologia do Trabalho Científico. Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná, 2008.
- TAY, L.; KUYKENDALL, L.; DIENER, E. Satisfaction and happiness—the bright side of quality of life. **Global Handbook of Quality of Life** (p. 839-53) Springer Netherlands, 2015.
- TAYLOR, C. T., LYUBOMIRSKY, S., & STEIN, M. B. Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention. **Depress Anxiety**, 2016.

- TEASDALE, J. D., & GREEN, H. A. C. (2004). Ruminative self-focus and autobiographical memory. **Personality and Individual Differences**, 36(1), 1933-1943.
- TELLES, A. L.& ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: **Figueiredo**. RJ: DP&A, p. 63-90, 2004.
- TENNEY, Elizabeth R.; POOLE, Jared M.; DIENER, Ed. Does positivity enhance work performance?: Why, when, and what we don't know. **Research in Organizational Behavior**, v. 36, p. 27-46, 2016.
- THOMPSON, P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: **Paz e Terra**, 1992.
- TOLFO, S. da R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, vl 19, 2007.
- TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. esp., p. 47-56, 2007.
- TONETTO, A.M.; GOMES, W.B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 24, n. 1, p. 89-98, 2017.
- TRAPNELL, P.D.; CAMPBELL, J.D. Private self-consciousness and the Five-Factor Model of Personality: Distinguishing rumination from reflection, **Journal of Personality and Social Psychology**, vol. 76, no.2, p. 284-30, 1999.
- TRIST, E. Adapting to a changing work. **Labour Gazette**, 78, 14-20, 1978.
- ULRICH, D; ULRICH W. Por que trabalhamos: Como grandes líderes constroem organizações comprometidas que vencem. Porto Alegre: **Bookman**, 2011.
- VYGOTSKI, L. S. A formação social da mente. O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6 ed. **Martins Fontes**. São Paulo, 1998.
- VYGOTSKI, L. S. Significado histórico da crise da psicologia: Uma investigação metodológica. In: VIGOTSKI, L. S. (ed.). Teoria e Método em Psicologia. Tradução de C. Berliner. 3. ed. São Paulo: **Martins Fontes**, 1982. p. 203-421, 1982.
- VYGOTSKI, L.S. Obras Escogidas II: Problemas de Psicología General. Madrid: **Visor Distribuciones**, 1991.
- VYGOTSKY, L.S. A Construção do Pensamento e da Linguagem. **Martins Fontes**. São Paulo, 2001.
- VYGOTSKY, L.S. Teoria e método em psicologia. **Martins Fontes**. São Paulo, 1999.
- WANDERLEY, C.L.C.; VIEIRA, M.L.F.; DE VASCONCELOS, M.V.L. Preceptoria na residência médica em hospital público de emergência além das atividades prescritas. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 8, n. 16, p. 57-78, 2020.
- WARR, P. B. Work, unemployment and mental health. **Oxford, OH**: Claredon Press, 1987.

- WARR, P. Work, happiness and unhappiness. **New Jersey**: Lawrence Erlbaum Associat, 2007.
- WICKLUND, R. A. Objective self-awareness. **Advances in experimental social psychology**, 8, 233-275, 1975.
- WILD, M. R., BOWDEN, K., & BELL, N. The provision of clinical psychology services within a general hospital. **Scott Medical Journal**, 48 (3), 76-81. 2003.
- WILSON, W. **Correlates of avowed happiness**. **Psychological Bulletin**, 67, 294-306, 1960.
- WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. **Basic Documents**. WHO. Genebra, 1946.
- WOYCIEKOSKI, C., STENERT, F., & HUTZ, C. Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico**, 43(3), 280-288, 2012.
- WRZESNIEWSKI, A., DUTTON, J. E., & DEBEBE, G. Interpersonal sense making and the meaning of work. In Kramer, R. M., & Staw, B. M. Eds. **Research in Organizational Behavior**, 25, 93-135. doi:10.1016/S0191.3085(03)25003-6, 2003.
- YAMAMOTO, O. H., & CUNHA, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, 11, 345-362, 1998.
- YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre (RS): **Bookman**, 2010.
- ZANON, C., BASTIANELLO, M. R.; PACICO, J. C. & HULZ, C. S. Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. **Psico**, v. 18, n. 2, pp. 193-202, 2013.
- ZANON, C; HUTZ, C.S. Estilos de pensamento, personalidade e bem-estar subjetivo: avanços e polêmicas. **Aletheia**, n. 32, 2010.

APÊNDICES**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Data: ___/___/___

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão: _____ Em que ano se formou? _____

Grau de instrução:

() Graduação

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-doutorado

Instituição

o que trabalha: _____ Salário: _____

Anos que está na profissão: _____

Carga horária de trabalho semanal? _____

Trabalha só nessa instituição? () Sim () Não

Caso a resposta seja não, em que outro local trabalha? _____

APÊNDICE C - QUADRO TEMÁTICO

QUADRO TEMÁTICO		
Categorias	Definição	Subnotas
1. Estrutura do Atendimento Em Psicologia	Esta categoria se refere aos sentidos da prática psicologia no contexto hospitalar em seus aspectos de estrutura dos atendimentos, não havendo um espaço pré-definido, em que é necessário um atendimento focal para abarcar as diversas demandas exigidas neste ambiente. O psicólogo hospitalar está envolvido nas relações entre os pacientes, familiares e equipe de saúde, em que é habilitado para a psicologia de ligação, sendo um facilitador entre esses sujeitos. Além disso, é função do psicólogo hospitalar proporcionar supervisão para residentes, realizar interconsulta psicológica, emitir laudos, coordenar equipes, atender em diversos contextos hospitalares, muitas vezes atendendo onde está acontecendo a emergência.	-
2. Natureza da Clínica no Contexto Hospitalar	esta categoria se refere aos códigos do corpus que especificam as características de constante reinvenção da prática do psicólogo hospitalar, de aprender fazendo, onde é frequente a descoberta de uma nova forma de fazer e de inovação, além da exigência de constante aprendizagem. É uma área que exige constante estudo e atualização, onde muitas vezes as teorias existentes não abarcam toda a complexidade do ambiente hospitalar (aos fenômenos clínicos que ocorrem nesse contexto), por isso a flexibilidade e a adaptabilidade são características frequentes. A teoria não consegue abarcar todos os fenômenos e há uma constante relação com a prática e por isso há mudanças, sendo que nenhuma teoria é completa. No hospital, há um movimento constante de criticismo do próprio psicólogo, questionando as bases epistemológicas, metodológicas e técnicas de sua atuação e há uma reinvenção por causa dos novos fenômenos, como exemplo a pandemia.	-
3. Identificação e gratificação profissional	esta categoria se refere aos códigos do corpus que especificam o grau de identificação com a área, o contato do profissional com a psicologia hospitalar através da graduação, do estágio e da residência, de gostar do que faz e da certeza de que é esta profissão tem sua importância para os pacientes, familiares e profissionais da saúde. Refere-se também a satisfação em ser psicólogo hospitalar, realizando-lhe profissionalmente. Observa-se que a atividade do psicólogo hospitalar é considerada uma experiência	3.1 Identificação

	gratificante e há um crescente reconhecimento social deste ofício.	3.2 Gratificação
4-Suporte emocional/Cuidado ao outro e relevância social	esta categoria se refere aos códigos do corpus que especificam o trabalho de dimensão humana do psicólogo hospitalar, de suporte emocional para os pacientes e seus familiares, de socorro, de utilidade, de relevância social, importante para o outro em um momento de sofrimento emocional. Proporciona um auxílio psicológico e físico para que o necessitado enfrente os sofrimentos da situação vivida de uma forma resiliente, em que o foco é o acolhimento e a ajuda psicológica em diversos setores do Hospital.	4.1 Cuidado/apoio ao outro
		4.2 Relevância
5. Características do Trabalho em Psicologia Hospitalar	esta categoria se refere aos códigos do corpus que especificam características intrínsecas ao trabalho do psicólogo hospitalar, como a sua inegável complexidade, o seu dinamismo nos diversos setores deste contexto profissional e o seu impacto positivo para a saúde mental dos pacientes e familiares. As constantes demandas vivenciadas por esse profissional somada à carência de profissionais, facilita uma exaustão natural no psicólogo hospitalar nas suas diversas formas de atendimento, em que convive com doenças e conflitos psicológicos. Ainda consta observar que é uma atribuição desafiadora, pois há diversos atores envolvidos, em que o psicólogo hospitalar intermedeia com o foco na melhora psíquica.	5.1 Demanda
		5.2 Complexo
		5.3 Desafiador
		5.4 Dinâmico
		5.5 Trabalho impactante
6. Dimensão Ética-Política	esta categoria se refere aos códigos do corpus que especificam uma visão mais ampla que esta profissão tem que possuir, em que os parâmetros éticos, o conhecimento das políticas públicas e a noção do sistema de saúde são necessárias. A visão macro que o psicólogo hospitalar deve se apropriar favorece o auxílio ao paciente e seus familiares, onde os direitos do cidadão e as diretrizes do Sistema Único de Saúde devem servir de base para qualquer entendimento do complexo sistema hospitalar. Esse tipo de conhecimento favorece uma noção contextual	-

APÊNDICE D - RESPOSTAS DOS PSICÓLOGOS

Categorias	Subnotas	Respostas dos Psicólogos
1. Estrutura do Atendimento Em Psicologia	-	12 Não temos espaço pré-definido
		12 carrego o setting terapêutico comigo por todo o hospital
		6 o que lhe exige competência para mediação
		6 A escuta clínica tem uma orientação focal, seja qual for sua abordagem teórica
		1 supervisão
		2 supervisão aos residentes
		4 equipe do setor
		1 com o trabalho pessoal
		1 bom diálogo entre a equipe
		11 como trabalho interdisciplinar
		6 atua de modo interprofissional
		15 familiares
		4 companhantes/familiares
		2 os outros profissionais estão podendo conhecer melhor a psicologia.
		4 coordenação
		4 exige uma disponibilidade pra escutar em diversos cenários como enfermarias
		4 ambulatórios
		4 pacientes definidos
		2 Tendo a prática na enfermaria, com atendimentos
		4 em momentos de encontro pelo hospital.
		11 uma vez que apesar de estar circunscrito no contexto hospitalar
		2 estagiários.
		2 atualmente trabalho neste hospital.
		4 Tira o profissional de uma zona de conforto em que a escuta psicológica apareceria bem delimitada em uma sala com horários e pacientes definidos.
		6 E ele precisa estar atento às questões institucionais
		4 momentos de urgência
		10 Necessita de aperfeiçoamento
		12 A todo momento a prática se reinventa no real
		2 diante do nosso atual momento, percebo que a própria classe de psicólogos está o

2. Natureza da Clínica no Contexto Hospitalar	-	Reinventando 14 exige muitos estudos 3 intenso aprendizado 12 Sinto que é um campo em pesquisa e ascensão 2 percebo que é um campo que cresce a cada dia 12 os fenômeno escapam a teoria construída 12 muitas vezes temos que ir experimentando 12 construído novas formas
3. Identificação e gratificação profissional	3.1 IDENTIFICAÇÃO	2 Sempre me identifiquei com essa área 13 me identifico com a área 9 Desde que comecei a faculdade de psicologia, queria trabalhar na área hospitalar. 18 A cada dia que passa tenho a certeza de que é esta área que eu quero trabalhar. 2 meu estágio foi em hospitalar 2 fiz residência no Getúlio Vargas 15 gosto do que faço 10 é apaixonante
	3.2 GRATIFICAÇÃO	3 Um trabalho gratificante 4 É, muitas vezes, bem gratificante 13 é uma experiência muito gratificante 1 sou feliz em exercer 18 Estou muito feliz 17 estou satisfeita com que eu faço 1 É um bom trabalho 15 É um trabalho que me realiza como profissional. 16 empolgante 21 é uma experiência profissional incrível 13 instigante 21 me sinto reconhecida 20 satisfatório
4-Suporte emocional/Cuidado ao outro e relevância social	4.1 CUIDADO/APOIO AO OUTRO	1 serem vivenciados sem sofrimentos insuportáveis. 5 Um trabalho que ressalta o incômodo diante das vivências dos processos de Adoecimento- 4 extremo sofrimento 14 muito afeto para lidar 14 com questões sensíveis humanas 1 sensíveis 8 possibilitando suporte para que o mesmo consiga lidar com as dificuldades da situação vivida da melhor forma 19 consegue ajudar muitas pessoas 14 disponibilidade emocional 15 beneficia os pacientes
		7 É um trabalho importante para as pessoas que estão hospitalizadas

	4.2 RELEVÂNCIA	8 Um trabalho muito importante para trazer um acolhimento diferenciado ao paciente 2 É de extrema importância
5. Características do Trabalho em Psicologia Hospitalar	5.1 DEMANDA	6 O psicólogo hospitalar tem uma rotina intensa de trabalho
		5 que não permite ficar parado
		17 demandas
		4 tem bastante demanda não só em número de pacientes, mas em vários âmbitos da dinâmica hospitalar
		21 Há muita demanda
		17 Tem muitas atividades
		4 Faltam profissionais suficientes
	5.2 COMPLEXO	11 complexo
		12 Complexo
		14 Complexo
		20 Difícil
	5.3 DESAFIADOR	1 desafiadores
		16 Desafiador
		11 é cheio de desafios
	5.4 DINÂMICO	13 Desafiadora
		4 É um trabalho muito dinâmico
		20 dinâmico
		11 Dinâmico
	5.5 TRABALHO IMPACTANTE	12 É bem dinâmico também
		4 também um trabalho cansativo
6 sob situações contínuas de estresse		
12 exaustivo em suas formas de atender		
5 Incômodo esse que estimula a ação		
6. Dimensão Ética-Política	-	15 Apesar das adversidades
	-	11 a rotina requer outras disposições
	-	6 discursos da política pública que orienta o setor one atua.
	-	5 funcionamento do sistema de saúde como um todo
		11 compromisso ético-político

APÊNDICE E – CATEGORIAS DE SENTIDO DO TRABALHO DOS PSICOLOGOS HOSPITALARES

ESTRUTURA DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

Ex.: não há um espaço pre-definido em que é necessário um atendimento focal para abarcar as diversas demandas

DIMENSÃO ÉTICA- POLÍTICA

Ex.: parâmetros éticos, conhecimento das políticas públicas e a noção do sistema de saúde são necessárias

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

Ex.: ao grau de complexidade, além das diversas demandas vivenciadas por esse profissional

IDENTIFICAÇÃO E GRATIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Ex.: o grau de identificação com a área durante a formação profissional e de gostar do que faz

**NATUREZA DA
CLÍNICA NO CONTEXTO
HOSPITALAR**

Ex.: constante reinvenção da
prática e de aprender fazendo. É
uma área que exige constante
estudo

**SUPORTE EMOCIONAL
/CUIDADO AO OUTRO E
RELEVÂNCIA SOCIAL**

Ex.: de suporte emocional para os
pacientes e seus familiares

APÊNDICE F - MODELO DE PERGUNTAS DISPARADORAS

Modelo de perguntas disparadoras	
1º parte da 2º seção	
Objetivo	<p>O intuito é realizar uma entrevista com dois psicólogos que responderam a 1º etapa da pesquisa acerca dos sentidos do trabalho que o hospital proporciona para esses profissionais e da possibilidade de dialogar e refletir juntos sobre os resultados das categorias de sentido elaboradas por eles, direcionando a abordagem da Clínica da Atividade, em que o poder de agir é analisado.</p>
Atividade	<p>Os psicólogos que participaram da 1º etapa da pesquisa, ao ser perguntado “como é o sentido de trabalho como psicólogo hospitalar?” significou algumas categorias. Gostaria que prestasse atenção em cada uma delas e posicione-se de que maneira como você percebe.</p> <p>- Nesta imagem, ao analisar esta categoria você acha que:</p> <p>é relevante e realiza?</p> <p>É relevante e não realiza?</p> <p>Não é relevante e não realiza?</p> <p>não é relevante e realiza?</p> <p>Por favor, explique a resposta de acordo com sua vivência como psicólogo hospitalar. Neste sentido, mostrarei as 6 categorias sucessivamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura do atendimento em psicologia. • Natureza da clínica no contexto hospitalar. • Identificação e gratificação profissional.

- Suporte emocional/cuidado ao outro e relevância social.
- Características do trabalho em psicologia hospitalar.
- Dimensão ética-política.

Após a resposta dos dois psicólogos, a segunda etapa será a apresentação de algumas perguntas abertas que conectem as categorias citadas pelos participantes com a teoria da Clínica da Atividade, fazendo com que o psicólogo possa refletir dentro de seu contexto laboral, os aspectos referentes a essa discussão:

- De que maneira esses sentidos refletem a atividade que a equipe de psicólogos realiza neste hospital?

-Desde a sua entrada no Hospital como psicólogo(a) hospitalar até os dias atuais, os sentidos do trabalho tiveram alguma alteração no que se refere as seguintes categorias?

- Estrutura do atendimento em psicologia? Se sim, em que?
- Natureza da clínica no contexto hospitalar? Se sim, em que?
- Identificação e gratificação profissional? Se sim, em que?
- Suporte emocional/cuidado ao outro e relevância social? Se sim, em que?
- Características do trabalho em psicologia hospitalar? Se sim, em que?
- Dimensão ética-política? Se sim, em que?

- A pandemia interferiu na dinâmica de trabalho? Se sim, de que maneira?

- O que você faz quando surge uma adversidade em seu trabalho?

-Há algum aspecto que dificulta ou impede o seu trabalho? Se sim, quais e por quê?

- Há algum aspecto que facilita seu trabalho? Se sim, quais e por que?

2º parte da 2º seção	
Objetivo	Nesta segunda etapa, o objetivo é analisar através de perguntas como o psicólogo hospitalar percebe a sua autoconsciência e como esse processo cognitivo interfere no âmbito laboral.
Atividade	<p>1 - Durante a sua atividade como psicólogo(a) hospitalar você percebe em algum momento que você presta atenção em si mesmo(a)? Se sim, de que maneiras?</p> <p>2 Quais aspectos durante o seu trabalho faz com que você preste atenção a si mesmo?</p> <p>3- Você percebe algum efeito sobre o seu trabalho quando você presta atenção em si mesmo? Se sim, que consequência isso tem?</p> <p>5- Você aprende algo sobre si mesmo nesses momentos concretos que ao estar trabalhando você está prestando atenção a si mesmo? Se sim, o que você aprende sobre si mesmo nestes momentos?</p> <p>6- As coisas que você aprende sobre si enquanto presta atenção em si mesmo no trabalho influenciam no seu trabalho de alguma maneira a posteriori?</p> <p>7- Prestar atenção em si mesmo durante o seu trabalho interfere nos atendimentos de pacientes? Se sim, de qual maneira?</p> <p>8- Prestar atenção em si mesmo durante o seu trabalho interfere nos atendimentos de familiares? Se sim, de qual maneira?</p> <p>9- Prestar atenção em si mesmo durante o seu trabalho interfere nos atendimentos e relação com os outros profissionais? Se sim, de qual maneira?</p> <p>10- Prestar atenção em si mesmo durante o seu trabalho interfere na sua relação com a instituição hospitalar em que você trabalha? Se sim, justifique.</p> <p>11- Como está o seu bem-estar no trabalho? Justifique.</p> <p>12- O que propicia o bem-estar no trabalho para você? Justifique.</p> <p>14- O que propicia mal-estar no trabalho para você? Justifique.</p> <p>15- Como está a sua satisfação no trabalho? Justifique.</p>

	<p>16- Caso apresente algum tipo de sofrimento, o que você faz para acabar ou minimizar? Justifique.</p> <p>17- Você faz algo para melhorar o seu bem-estar no trabalho? Justifique.</p> <p>18- Você foi impedida de agir de alguma maneira no seu contexto de trabalho?</p>
<p>Forma de avaliação da participação dos colaboradores da pesquisa</p>	<p>Verificar através de perguntas referente de como foi o encontro para os participantes, focando principalmente nas reflexões acerca do ambiente laboral, como por exemplo, quais foram as suas impressões do encontro? Através das perguntas do pesquisador, foi possível fazer você refletir sobre o contexto hospitalar? As imagens expostas foram capazes de abarcar o sentido de trabalho para você? Como você está se sentindo neste exato momento?</p>

ANEXOS

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE RUMINAÇÃO E REFLEXÃO (QRR)

Instrução:

Para cada uma das declarações abaixo, indique seu nível de concordância ou discordância circulando um dos números da escala à direita de cada declaração. Use a escala como mostrado no quadro abaixo:

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente

Itens	1	2	3	4	5
1. Minha atenção é frequentemente focada em aspectos de mim mesmo(a) sobre os quais eu gostaria de parar de pensar.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre pareço estar remoendo, em minha mente, coisas recentes que eu disse ou fiz.	1	2	3	4	5
3. Às vezes, é difícil para mim parar de pensar sobre mim mesmo(a).	1	2	3	4	5
4. Muito depois de uma discordância ou discussão ter acabado, meus pensamentos continuam voltados para o que aconteceu.	1	2	3	4	5
5. Eu tendo a ruminar ou deter-me sobre coisas que acontecem comigo por um longo período depois.	1	2	3	4	5
6. Eu não perco tempo repensando coisas que já estão feitas e acabadas.	1	2	3	4	5
7. Eu frequentemente fico revendo em minha mente o modo como eu agi em uma situação passada.	1	2	3	4	5
8. Eu frequentemente me pego reavaliando alguma coisa que já fiz.	1	2	3	4	5
9. Eu nunca fico ruminando ou pensando sobre mim mesmo(a) por muito tempo.	1	2	3	4	5
10. É fácil para mim afastar pensamentos indesejados da minha mente.	1	2	3	4	5
11. Eu frequentemente fico pensando em episódios da minha vida sobre os quais eu não devia mais me preocupar.	1	2	3	4	5
12. Eu passo um bom tempo lembrando momentos constrangedores ou frustrantes pelos quais passei.	1	2	3	4	5
13. Coisas filosóficas ou abstratas não me atraem muito.	1	2	3	4	5

14. Eu realmente não sou um tipo meditativo de pessoa.	1	2	3	4	5
15. Eu gosto de explorar meu interior.	1	2	3	4	5
16. Minhas atitudes sobre as coisas fascinam-me.	1	2	3	4	5
17. Eu realmente não gosto de coisas introspectivas ou auto reflexivas.	1	2	3	4	5
18. Eu gosto de analisar por que eu faço as coisas.	1	2	3	4	5
19. As pessoas frequentemente dizem que eu sou um tipo de pessoa introspectiva, “profunda”.	1	2	3	4	5
20. Eu não me preocupo em auto analisar-me.	1	2	3	4	5
21. Eu sou uma pessoa muito auto investigadora por natureza.	1	2	3	4	5
22. Eu gosto de meditar sobre a natureza e o significado das coisas.	1	2	3	4	5
23. Eu frequentemente gosto de ficar filosofando sobre minha vida.	1	2	3	4	5
24. Não acho graça em ficar pensando sobre mim mesmo(a).	1	2	3	4	5

ANEXO B - ESCALA DE AUTOCONSCIÊNCIA REVISADA (EAC-R)

Instrução:

Leia com atenção as afirmações abaixo e circule em torno do número que indique quão característico de você no cotidiano é o conteúdo de cada item. Siga a escala abaixo para orientar sua marcação:

1	2	3	4	5
Nada característico	Muito pouco característico	Um pouco característico	Bastante característico	Extremamente característico

Itens	0	1	2	3	4
01. Eu estou sempre tentando me entender.	0	1	2	3	4
02. Eu me preocupo com o meu estilo de fazer as coisas.	0	1	2	3	4
03. Eu levo tempo para vencer minha timidez em situações novas.	0	1	2	3	4
04. Eu penso muito sobre mim mesmo(a).	0	1	2	3	4
05. Eu me preocupo com a maneira como me apresento.	0	1	2	3	4
06. Eu frequentemente “sonho acordado(a)” comigo mesmo(a).	0	1	2	3	4
07. É difícil para mim trabalhar quando há alguém me olhando.	0	1	2	3	4
08. Eu nunca me analiso ou me questiono.	0	1	2	3	4
09. Eu fico encabulado(a) muito facilmente.	0	1	2	3	4
10. Eu tenho consciência do meu aspecto.	0	1	2	3	4
11. Para mim é fácil falar com desconhecidos.	0	1	2	3	4
12. Eu geralmente estou atento(a) aos meus sentimentos.	0	1	2	3	4
13. Eu geralmente me preocupo em causar uma boa impressão.	0	1	2	3	4
14. Eu constantemente penso sobre as razões das minhas ações.	0	1	2	3	4
15. Eu fico nervoso(a) quando tenho que falar na frente de um grupo de pessoas.	0	1	2	3	4
16. Antes de sair de casa eu verifico como está minha aparência.	0	1	2	3	4
17. Em algumas ocasiões eu tomo distância (mentalmente), para poder me analisar de forma objetiva.	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
18. Eu me preocupo com que os outros pensam de mim.	0	1	2	3	4
19. Eu me dou conta rapidamente das minhas mudanças de humor.	0	1	2	3	4
20. Eu geralmente estou consciente da minha aparência.	0	1	2	3	4
21. Eu consigo me dar conta do modo como a minha mente trabalha quando estou resolvendo um problema.	0	1	2	3	4
22. Grandes grupos de pessoas me deixam nervoso(a).	0	1	2	3	4

ANEXO C – ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido...

- | | | |
|-----------------|------------------|------------------|
| 1) aflito | 17) transtornado | 33) abatido |
| 2) alarmado | 18) animado | 34) amedrontado |
| 3) amável | 19) determinado | 35) aborrecido |
| 4) ativo | 20) chateado | 36) agressivo |
| 5) angustiado | 21) decidido | 37) estimulado |
| 6) agradável | 22) seguro | 38) incomodado |
| 7) alegre | 23) assutado | 39) bem |
| 8) apreensivo | 24) dinâmico | 40) nervoso |
| 9) preocupado | 25) engajado | 41) empolgado |
| 10) disposto | 26) produtivo | 42) vigoroso |
| 11) contente | 27) impaciente | 43) inspirado |
| 12) irritado | 28) reseoso | 44) tenso |
| 13) deprimido | 29) entusiasmado | 45) triste |
| 14) interessado | 30) desanimado | 46) agitado |
| 15) entediado | 31) ansioso | 47) envergonhado |
| 16) atento | 32) indeciso | |

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo plenamente

ANEXO D - TESTE DE AUTOCONSCIÊNCIA SITUACIONAL

Instrução: O teste seguinte avalia as características de sua autoatenção, ou seja, a maneira como você tem consciência de você mesmo(a) num determinado instante. Leia as questões contidas no questionário procurando respondê-las de forma objetiva. Não há tempo pré-definido para concluir a tarefa nem respostas corretas; portanto, procure responder com sinceridade e manter-se prestando a atenção em você mesmo(a) durante a realização da tarefa. Leia com atenção as autoafirmações que seguem e marque de acordo com a escala proposta abaixo quão adequadas as afirmações descrevem como você se percebe **exatamente agora, neste exato instante**.

Instrução para Marcação na Escala:

Circule o número na escala abaixo que melhor descreve sua concordância com o conteúdo de cada autoafirmação relacionada a como você se percebe neste exato momento e não na vida em geral, indo desde o número '1' que significa 'discordo totalmente do conteúdo da autoafirmação' ao número '5' que significa 'concordo totalmente com o conteúdo da autoafirmação':

1	2	_____	3	4	_____	5
Discordo		Discordo		Nem discordo		Concordo		Concordo
Totalmente		um pouco		nem concordo		um pouco		totalmente

1. Neste instante, eu avalio algum aspecto que me diz respeito.
2. Neste instante, eu penso sobre aspectos meus que me causam ansiedade.
3. Neste instante, eu não estou pensando em mim mesmo buscando melhor conhecer meus pensamentos, emoções e necessidades.
4. Neste instante, eu estou em silêncio falando comigo mesmo sobre mim.
5. Neste instante, eu fantasio uma situação sobre um assunto que me preocupa.

6. Neste instante, eu não me vejo em meus pensamentos envolvido com coisas que ajudam em meu desenvolvimento pessoal.
7. Neste instante, eu não estou prestando atenção em mim mesmo.
8. Neste instante, eu não estou preocupado comigo.
9. Neste instante, eu me avalio em meus pensamentos procurando aprender algo novo sobre mim.
10. Neste instante, eu estou me vendo em minha mente.
11. Neste instante, eu me vejo de corpo inteiro em minha mente.
12. Neste instante, eu estou pensando se me considero uma pessoa atraente fisicamente.
13. Neste instante, eu reflito sobre minhas necessidades.