

APRESENTAÇÃO

Aos leitores da *Revista Argumento*, este número vinte e um propõe textos e estudos em duas grandes áreas: Letras e Psicologia.

As Letras oferecem os textos vencedores do II Concurso Nacional de Microcontos, com apresentação de seu organizador, Prof. Dr. Jaqueson Luiz da Silva, que vem desenvolvendo primoroso trabalho no campo da leitura, escrita e literatura junto do curso de Letras do Centro Universitário Padre Anchieta, instituição que abriga esta publicação. Dentre as iniciativas do professor Jaqueson, destaca-se a Oficina de Criação Literária em consonância ao projeto do Concurso Nacional de Microcontos.

A contribuição para os estudos no campo da Psicologia soma três textos: “Onde os caminhos se bifurcam na produção da cognição dos primatas humanos e não humanos”, de Catarina Malcher Teixeira e Solange Cordeiro; “Um breve histórico da anorexia nervosa e seu tratamento psicoterapêutico”, de Filipe Quinto da Luz, Lauren Bulcão Terroso e Lívia Fração Sanches; e por último, “O trabalho do psicólogo hospitalar: um olhar dos profissionais da saúde”, de Mahyra Mendes Rosa e Maria Alice Branco Campos Provenzano.

O leitor observará que os estudiosos da psicologia detém o olhar na cognição como um caminho investigativo sobre a singularidade humana, seja pelo vies linguístico-cultural, seja pelo comportamental, dada a necessária atenção às relações do homem com a alimentação, que a depender dos caminhos percorridos, levam a questões de interesse da saúde pública; caminho específico perseguido pelo estudo que encerra este número da *Argumento*.

Rutzkaya Queiroz dos Reis

Coordenadora da Revista Argumento

A BUSCA POR ESCRITORES CONTINUA

Ao escrever a apresentação da coletânea de contos do I CONCURSO NACIONAL DE MICROCONTOS UNIANCHIETA, chamei atenção para a plasticidade do microconto e para uma proposta do curso de Letras como o lugar que apresenta e em que se formam escritores. O título do texto era *As Letras em busca de escritores*. Os textos que se publicam aqui, os premiados da segunda edição, podem ser vistos como a continuidade dessa busca.

Lidos e avaliados por um competente júri formado pelo poeta e dramaturgo Marco Catalão, pelo professor da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Clécio Bunzen e pelo professor de Literatura e doutorando em Teoria e História Literária da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Renato Lopes, estes microcontos podem apontar para o que se espera de escritores, ou seja, a densidade da proposta do tema e igual densidade do tratamento da linguagem do conto em seu aspecto micro, não como mais uma modalidade, mas como um aspecto outro da organicidade da poesia fina do conto.

“O turista”, premiado em primeiro lugar, condensa uma longa peregrinação que parece se arrastar na densidade imposta pela brevidade com que o narrador se angustia em narrar uma rotina elíptica. Outra jornada encontraremos em “Observações a respeito da menina”, o segundo colocado, em que o narrador afiado prende as cenas como quem as corta em edição cinematográfica. Na perspectiva de conciliar e amarrar referências, “Havia um gigante no meio do caminho”, terceiro colocado, desafia o espaço imposto pela forma. E por fim, referido pelo júri em uma menção honrosa, “Ludismo” parece retomar o aspecto rotineiro de “O turista”, mas em uma dimensão mais lata no recurso da descrição.

Bom, são apenas impressões de quem prefacia, o que não satisfaz nem deseja qualquer linha interpretativa, apenas se enfileirar como quem apresenta a leitura destes textos diante dos demais leitores que possam vir a conhecê-los.

Jaqueson Luiz da Silva

O Turista

José d'Arimatéia

Tudo permanecia em seu costumeiro lugar. A TV estava ligada somente com o intuito de afastar a sensação de que não havia ninguém por perto. Por espanto, nem Clarice, Maupassant ou Tchekhov estavam convidativos naquele momento. Beethoven ou Carpenters muito menos.

Da sacada do apartamento, percebi que as nuvens que outrora anunciariam uma possível tempestade haviam passado. A lua enorme e redonda agora reinava soberana em um céu salpicado de estrelas brilhantes parecidas com fagulhas de cacos de vidro. O deslumbre de tamanha imensidão cósmica fez-me uma constatação: “Nada como uma caminhada para espantar os fantasmas”. Por precaução, as luzes ficaram acesas.

Quando a porta do elevador se abriu, deparei-me com um menino com tatuagens nos braços e enormes argolas nas orelhas. A minha entrada no cubículo de metal, por um breve momento, desviou a atenção de seu olhar curioso e entediado. O garoto apertava nervosamente as teclas do aparelho celular e resmungava baixinho algo que eu não conseguiria compreender. Quase arrisquei um “Boa Noite”, mas desisti. E os dez andares que se seguiram pareceram intermináveis.

O porteiro, na companhia de seu pequeno rádio de pilha, exibia um semblante sereno e pacífico. Disse-me um “Olá, como vai?” melodioso e sincero. Retribui o cumprimento com menos cordialidade. Não por arrogância ou soberba, mas sim por uma simples falta miserável de melodia e sinceridade no meu modo desajeitado de me expressar. O menino que me fez companhia durante o trajeto do elevador foi abraçado rapidamente pela agitação da turma que o aguardava na rua. Tomaram um caminho contrário ao que eu faria.

Bastaram apenas alguns minutos desse inédito passeio para que eu constatasse o quanto meu corpo estava desacostumado a esse tipo de atividade.

Incógnito pelos passantes, caminhei por alguns quarteirões onde as luzes oriundas dos postes de iluminação ofuscavam um pouco minha visão. Morando no mesmo prédio há muitos anos, fiquei surpreso ao perceber que aquelas ruas tão próximas eram também tão desconhecidas. “Eis os encantos dessa cidade: nunca faltam caminhos para se descobrir.”

Pude ver como as fileiras de arbustos e pequenas árvores plantadas na calçada contrastavam com o lixo não recolhido das ruas.

Passei por uma pequena praça cercada por enormes ipês, onde um grupo de jovens conversava animadamente sobre a última balada e um casal de namorados aguardava em frente ao carrinho de lanches seus hot dogs ficarem prontos. Próximo dali, em um canto mal iluminado, um mendigo dormia tranqüilo em seu improvisado colchão feito de papelão e trapos.

Elegantes casas iluminadas enfileiravam-se com seus gramados aparados e jardins de roseiras vermelhas e outros tipos de flores que não pude identificar. Lembrei-me que ela era apaixonada por orquídeas e tulipas. Se estivéssemos juntos, esse passeio certamente a teria agradado.

Avistei na esquina, um barzinho mal iluminado e com poucos freqüentadores. Naquele momento pareceu-me um ótimo lugar para descansar meu desacostumado corpo. Escolhi uma mesa próxima da rua e longe do barulho da TV, que por sinal estava em seu volume máximo. Pedi uma cerveja ao garoto de boné vermelho que educadamente me atendeu. Aos poucos fui me entretendo ao ouvir a conversa de alguns jovens que disputavam uma partida de bilhar. Um deles, que aparentava ser o mais jovem, alertou aos outros sobre a hora do encontro com as garotas. Rapidamente encerraram a disputa, pagaram a conta e saíram.

Após me servir mais uma garrafa, o garoto desligou a TV. Percebi então que eu era seu último cliente. Bebi a cerveja rapidamente. Estava mais amarga que de costume. Paguei e ao sair, aquele jovem desconhecido não respondeu ao meu “Boa Noite”. Pôs-se recolher a mesa e a cadeira que eu ocupara.

Talvez o álcool tenha deixado meu caminho de volta mais longo. As iluminadas casas de outrora se transformaram em vultos imóveis e silenciosos, misturados ao negro da noite. Os belos jardins estavam invisíveis e o aroma das flores dera lugar a um estranho cheiro de mofo. Os cães alardeavam que algum estranho rondava a tranqüilidade das famílias que ali repousavam. O carrinho de lanches e os jovens namorados já não animavam mais a praça, que agora apenas velava seu velho mendigo adormecido. Entrei no prédio sem ser notado pelo porteiro, entretido com sua TV.

Talvez o álcool tenha feito meu lar parecer ainda maior naquela noite. E toda aquela imensidão era insuportável na maioria do tempo em que lá eu permanecia: ao preparar

refeições que sempre sobravam no prato, ao escovar os dentes diante do espelho do banheiro. E assim como todas as outras noites, ao me deitar na grande cama de casal com meu pijama desbotado, as recordações rondaram a penumbra do quarto: “Onde estaria ela agora? Com quem estaria? Ainda se lembraria de nosso aniversário de casamento? Se recordaria de algum momento feliz que passamos juntos? E as crianças estão bem? Meus netos perguntam por mim?”

E como em todas as outras noites de insônia, as respostas não vieram. Restou-me apenas a amarga companhia do rádio-relógio que fielmente desperta-me todos os dias com a mesma canção desconhecida.

Observações a respeito da menina

M. M.C.S.P

Primeira parte

- A montagem da cena:

Ele tem de olhar para ela, como se ele nem ali estivesse, ela tem de olhar para o alem dele...ele é transparente.

Narrador: A menina, aquela mesmo, a-sem-nome, costuma desde sempre sair pelas ruas que ficam ao redor de sua casa. Algumas poucas vezes, ela sai com demasiada pressa, - pressa de se encontrar! Agora está atrasada para a vida, mas na maior parte das vezes (o que eu não quer dizer que é sempre) ela sai comum, sai como qualquer outra menina. Penteia os cabelos, passa seu batom cor-de-nada, veste seus sapatos pretos desbotados, nem muito altos, nem tão pouco baixos e; mesmo calma, a menina caminha a passos largos... Caminha quase pulando e, quase caindo se agarra às grades das escadas da casa ao lado, casa branca, de um branco meio apagado. Essa menina está sempre pronta para se segurar nos cantos porque sabe que vai cair; e sempre pronta para se enfiar nos corredores, porque também sabe que, de uma hora para outra, vai sentir vontade de se esconder de todo mundo.

A menina sai às ruas e por mais penteada que esteja, está descabelada. Uma vez que sempre antes de sair, passa em frente ao espelho e sente-se obrigada a procurar algo nela mesma, aproveita para se pentear... O que será que procura?

Segunda parte

- A menina:

Ainda procuro?...Ainda procuro! Como um cego procura aquele último rastro de luz um dia visto por alguns segundos, ou talvez aquele último rastro de luz tenha sido tão desejado, que tudo que se viu foi miragem, foi idealização?... Ainda procuro! Tento me imaginar buscando por algo só meu, busco alguém... Já encontrado, já esculpido... Quem esculpiu? Puxo o último segundo de ar! Puxo o último segundo de ar até descobrir que depois dele ainda respiro... Eu soltei o ar, o mesmo ar que tanto me fez falta e pelo qual tanto lutei...

Lutei?Lutei! Foi solto sem grandes dificuldades. Ao soltar o ar, aquele tão desejado, eu já nem me lembrava se um dia respirei! Eu estava com a mão na haste dos óculos, não me lembro se ia puxá-los ou empurrá-los para mais perto dos olhos e soltei o ar. Foi a concentração da missão, da qual não me lembro corretamente, que me fez soltá-lo?... Não sei... Ainda procuro. Procuro aquilo que já vi, será que vi ou que sonhei, ou ainda: penso que pode nem ter sido sonho! Uma ilusão... Ilusão... Tenho medo da palavra! A ilusão ilude a mente, os olhos, ilude tudo. Eu tentei não cair na ilusão, mas ela me empurrou de volta para o mundo, ela sempre me empurra por que eu ainda procuro, enquanto todos os outros já encontraram. Eles sabiam o que estavam procurando e encontraram. Eu realmente nem sei se procuro de verdade ou se finjo procurar por que eles procuraram e encontraram.

Terceira parte

- Narrador:

A menina! Sinto falta da menina, anda ela pelas ruas, ainda descabelada? Trocando de bancos ou tomando chuva? A menina só caminha e caminha só, mas ela aprendeu a perguntar pela estrada, por qual direção não tomar! Ela tenta perdoar os borrões a roupa esquecida que molhou de novo varal: não vai secar, não tem Sol! A verdade é que está menina tenta demais! Ela ainda não sabe como lidar com suas perguntas ou alheias, mas ela sempre pergunta sobre qualquer coisa. Muitas vezes coisa sem importância, coisa azulada. Ela não conta sobre seus sonhos e desesperos diários, mas ela sonha e sente medo! Tudo que a menina vê é um mistério. É por isso que ela nunca encontra nada.

Mais uma parte.

- A menina:

- Narrador? Narrador, tem alguém me olhando agora? Tem que ter porque eu não quero ser transparente! Eu não quero.

Havia um gigante no meio do caminho

Natan Bélier

Um gigante estava sentado. Dois sujeitos vieram em sua direção. Um deles era anão; guiava o outro, cego. Pela aparência, caminhavam havia muito tempo. Quando se aproximaram, apenas o anão desviou; o cego chocou-se ao pé do gigante.

– Ai, o que é isso? – o cego perguntou ao anão. – Por que você deixou que eu batesse neste muro, no meio do caminho?

– Perdoe-me por contradizê-lo. – o anão lhe respondeu. – Porém, de forma alguma isto é um muro.

– Como isso não é um muro? Estás cego? Por acaso um muro não é uma estrutura construída para atrapalhar o caminho de pobres cegos?

– Sim, um muro talvez possua tal propriedade, contudo...

– Pois bem, se digo que isso é um muro, um muro isso será! Agora me responda: ultrapassando este obstáculo, posso chegar a meu objetivo?

– Não sei. Qual é o teu objetivo?

– Meu objetivo é chegar ao fim do caminho.

– E o que te impede de fazê-lo?

– Estás cego? Há esse muro no meio do caminho.

– Mas eu já te disse: isto não é um muro; é um gigante.

– Negar que é um muro é entendível, entretanto, alegar que é um gigante? Ora, tu és anão: tudo o que vês é gigante aos teus olhos.

– Mas até o mais alto dos humanos consideraria isto um gigante.

– Mesmo? Como podes me convencer?

– Vejas só: somente um gigante poderia ser confundido com um muro.

– Eu sou cego. Qualquer sujeito com forte constituição poderia ser confundido com um muro por mim.

– Certamente, isso aconteceria se tu tivesses se chocado contra seu tronco. Não obstante, aconselho utilizar teu tato; tu te chocaste contra seu pé.

– Ei! – disse o gigante ao cego. – Não aprovo tua atitude: além de me chamar de muro, fazes cócegas em meu pé?

– Peço desculpas pelas cócegas – respondeu-lhe o cego. – Mas, choquei-me com o que julgava ser um muro. Meu acompanhante, por sua vez, insiste em dizer que tu és um gigante.

– E por que não o seria?

– Bem, não possuo alegações que digam o contrário. Todavia, também não possuo alegações que comprovem tal fato. Como podes me convencer?

– Sou da nobre linhagem dos Perfeito, gigantes que, desde tempos imemoriais, tem dominado esse caminho.

– Desculpe, não conheço a dinastia dos gigantes. Por isso, tal informação não é de valia alguma para mim.

– Teve tua oportunidade. Agora, utilizarei métodos mais empíricos. Engolir-te-ei com uma única bocada. Creio que isso seria uma prova irrefutável de que sou um gigante.

– Ma- Mas... se tu o fizeres, eu não poderei chegar ao meu objetivo.

– Dependeria. Qual é o teu objetivo?

– Meu objetivo é chegar ao fim do caminho.

– E o que te impede de fazê-lo?

– É impossível, no meio do caminho há um gigante.

– Se é assim, por que se queixas? Acabas de chegar ao fim do caminho. O cego foi convencido. Após engoli-lo, o gigante virou-se para o anão.

– E tu, também desejas chegar ao fim do caminho?

– Não, eu só o estava acompanhando.

– Continuará o acompanhando?

– Se possível não.

– E o que te impedirá de fazê-lo?

– Tu. Tu és Perfeito.

– Estás correto, em partes. Todavia, mesmo assim eu me alimentei de um cego.

– Faz sentido, alguém Perfeito não faria isso.

– Não, mas te darei uma oportunidade: se descobrir o motivo, te deixo partir.

– Qual é o teu nome?

– Meu nome é Pretérito.

– Posso ir então?

– Pode. Mas antes me responda: como descobriu?

– É necessário, antes de tudo, conhecer os obstáculos em seu caminho; de outra forma, nunca é possível ultrapassá-los, por menores que sejam.

– Estou satisfeito. Podes ir agora.

O anão voltou pelo caminho de onde veio e nunca mais foi visto por aquele gigante.

Ludismo

Ao acordar, por fim, era uma máquina.

Não havia sido um processo rápido e instantâneo, mas uma longa reação em cadeia que culminou finalmente ao raiar do dia. O recém-convertido abria seus olhos. Agora eram mecânicos, e não podiam enxergar com a mesma vivacidade. Ao examinar o ambiente ao seu redor, apenas instruções claras e pensamentos objetivos lhe passaram pela cabeça: acordar, arrumar-se. Levantar-se, encher o tanque, e ir a ao trabalho.

Até alguns meses antes, quando ainda era pessoa, em cada diminuto detalhe conseguia ver algo de especial. O jeito como seus livros – agora obsoletos, não precisava mais ler – se amontoavam e acumulavam uma fina camada de poeira sobre as laterais; as pequenas formigas que, em sequência, marchavam em fileira sobre as bordas das paredes. Com o tempo, o processo foi tomando conta, e estes detalhes se anuviaram. Não eram necessários. O que era desnecessário foi sumariamente descartado em prol do objetivo. Amém.

Ainda mal funcionando, realizou as tarefas matinais com pressa e a eficiência possível. Levantou-se, mecânico. Lavou sua lataria e ingeriu seu combustível. Manteria o funcionando o tempo necessário, precariamente. O combustível era escasso, e a sua ocupação com as tarefas diárias impediam que ele pudesse procurar por mais. Fartura não era uma opção. Os excessos eram desestimulados.

Deixou sua casa pequena (para que espaço a mais?) e colocou-se a caminhar em direção ao trabalho. Um passo de cada vez, devagar e sempre. A fábrica era seu objetivo, e poderia sempre contar com sua existência. Poucas coisas são constantes no mundo, mas o trabalho é uma destas. Andou, olhando sem ver, ouvindo sem escutar. Já fizera aquele caminho centenas, milhares de vezes, e a tarefa já estava no automático. Logo, o transporte coletivo: Dentro, máquinas, como ele. Não sorriu ao vê-las, manteve-se quieto em seu canto. O gesto foi recíproco.

Na fábrica, desceram. Enfileirados, cada um foi para seu determinado setor, seu departamento específico. A maioria das máquinas, como ele, ia para a grande linha de montagem, onde eram mais necessárias. Não que algumas pessoas não fossem para a linha, mas este número era cada vez menor.

A máquina começou a trabalhar. Uma dose de movimentos repetidos que não lhe exigiam grande força. Havia feito isto no dia anterior, e no dia antes desse. Há cinco anos, trabalhava repetindo os mesmos movimentos. Suas juntas já estavam acostumadas. A dor do esforço repetitivo era ignorada. Vez ou outra algo de extraordinário acontecia, mas não podia sempre contar com a surpresa.

Devia manter-se focado, pois a qualquer momento ele poderia estar obsoleto. Imagine só! Ser substituído por uma máquina maior e mais eficaz. Ser tirado de linha, e quando menos esperar, estar abandonado em um ferro velho. Não, senhor, não era vida para ele. Já vira acontecendo isso com os outros, e por isso, morria com medo de sair com um *upgrade*.

Ao final do dia, a máquina parou de trabalhar. Seus braços de aço caíram contra o corpo. Várias máquinas foram produzidas, e nenhuma delas jamais seria adquirida por ela. Era uma verdade na qual tentava não pensar a respeito. Pensar demais lhe faria super aquecer, e isso não é o desejável. Deixar tudo no automático, é assim que prefere trabalhar.

O apito soou, e isto significava que era hora de recarregar as energias. Repor o escasso combustível, descansar as juntas – ora, não podemos enferrujar, podemos? – e ao dia seguinte repetir o processo.

Ao chegar em casa, colocou as coisas de lado. Estava com vontade de desligar, mas ainda era deveras cedo. Estava sem energias, mas havia uma ânsia implícita, mas que sempre sentia, por produzir mais do que conseguia. Produzir mais, produzir mais. Consequências da fábrica!

Olhou para o cômodo que deixara pouco maculado durante o dia. Um jornal repousava inocente, largado desde a manhã, sobre a mesa. Não se dera ao trabalho de lê-lo mais cedo – assimilar informações não era necessário quando se é apenas uma máquina operária – mas em seu ócio atual, tomou-o em suas mãos, rígidas e artificiais.

A máquina logo assimilou, ao ler a manchete, que o processo de substituição era iminente. A máquina soltou o papel sobre a mesa, se abasteceu de uma dose minúscula de combustível e desligou as luzes de casa.

Refletindo sobre o jornal, deitado em sua cama, fechou os olhos. Suspirou, com medo, e coçou os cabelos. Aquela manchete. Ele já estava, no momento, completamente artificial, mas a manchete lhe introduziu o temor.

Ora, estavam tentando o substituir por máquinas de verdade!

ONDE OS CAMINHOS SE BIFURCAM NA PRODUÇÃO DA COGNIÇÃO DOS PRIMATAS HUMANOS E NÃO HUMANOS?

Catarina Malcher Teixeira¹
Solange Cordeiro²

Resumo: Em geral a linguagem tem sido apontada como o elemento distintivo dos primatas humanos dentre os primatas em geral. No livro *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*, Tomasello (2003), contudo, identifica, como responsável por esta distinção, um tipo de cognição singular dos humanos que surge muito antes da linguagem. Aponta, também, esta habilidade cognitiva como o elemento que permitiu a ocorrência de um processo evolutivo complexo (a cultura humana) em um tempo evolutivo (do ponto de vista da variação genética e seleção natural) extremamente curto, aproximadamente duzentos mil anos. Sua tese consiste na defesa de que a cognição humana somente apareceu em função da capacidade de cada organismo aprender com o outro tudo o que foi produzido cumulativamente ao longo da história humana, aptidão essa tornada possível por um fator que ele identificou como a capacidade de cada organismo compreender os coespecíficos como seres iguais a ele, com vidas mentais e intencionais iguais às dele. O objetivo deste texto é apresentar as ideias de Tomasello (2003) sobre qual elemento permitiu a diferenciação entre os primatas humanos e não humanos.

Palavras-chave: cognição humana; intencionalidade; primatas humanos e não-humanos.

Abstract: Usually, language has been pointed as the distinctive element of human primates from primates in general. However, in his book "Cultural origin of the human knowledge's acquisition", Tomasello (2003) identifies a singular kind of cognition of humans as the responsible for this distinction, arisen too much before language. He also points out this cognitive skill as the element that allowed the occurrence of a complex evolutionary process (the human culture) in an extremely short (from the standpoint of genetic variation and natural selection) evolutionary time - about two thousand years. His thesis consists in defending that the human cognition only appeared depending on the capacity of each organism to learn with the other everything that was produced cumulatively during the course of the human history, aptitude which was made possible by a factor he identified as the capacity each organism has to understand its co-specifics as being equal to it, with their mental and intentional lives equal to its as well. The aim of this text is to present Tomasello's (2003) ideas over which element has allowed differentiation between human and non-human primates.

Keywords: human cognition, intentionality, human and non-human primates

¹ Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Docente da Universidade Federal do Maranhão, discente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos.

² Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Docente da Universidade Federal do Pará, Bolsista Pós-doutoral da CAPES.

Estudiosos de diversas áreas, como Psicologia, Biologia evolucionária, Linguística, Neurociência, têm se preocupado em discutir a origem, o percurso evolutivo e desenvolvimento da linguagem. Por exemplo, no que tange a origem da linguagem, Chomsky, desde 1959 defende a ideia de uma gramática universal de base inata e Pinker, a partir de 1990, apresenta sua visão da linguagem como uma forma de instinto em evolução (CAMPOS, 2011). Ainda que o debate dessas questões resulte em inúmeras diferenças sobre a compreensão dessa temática, parece haver um consenso: a noção de que a linguagem é o elemento fundamental que distingue primatas humanos dos não humanos.

Em seu livro *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*, Tomasello (2003), apresenta sua tese de que a cognição social – e não a linguagem – é o elemento distintivo da espécie humana. Para fazer tal defesa, parte da ideia de que as habilidades cognitivas que são próprias dos seres humanos não são de natureza unicamente genética senão produtos de processos ontogenéticos e culturais, permitidos, agora sim, por ‘uma capacidade cognitiva exclusivamente humana e biologicamente herdada’.

Infelizmente, é muito provável que no clima intelectual hoje predominante minhas colocações sejam tomadas por alguns teóricos como essencialmente genéticas: a adaptação sócio-cognitiva característica dos homens modernos é um tipo de “bala mágica” que diferencia os seres humanos de outras espécies primatas. Mas essa é uma concepção equivocada que, basicamente, ignora todo o trabalho sociocultural que tem de ser realizado por indivíduos e por grupos, tanto no tempo histórico como no tempo ontogenético, para criar habilidades cognitivas e produtos exclusivamente humanos (...) processos históricos e ontogenéticos, possibilitados mas não determinados pela adaptação biológica dos seres humanos a uma forma especial de cognição social (...) são esses processos, e não, de modo direto, adaptações biológicas especializadas, os responsáveis pela criação de muitos, se não de todos os produtos e processos cognitivos mais definidos e importantes da espécie *Homo sapiens*. (TOMASELLO, 2003, pp. 14-15)

Bastante semelhantes do ponto de vista da herança biológica, primatas humanos e não humanos compartilham também heranças culturais que os tornam seres perfeitamente adaptáveis ao seu ambiente físico e social. Um fato biológico presente nos primatas de forma

geral – um período relativamente longo em que os filhotes ficam totalmente dependentes de um ou de ambos os pais para sobreviverem – permitiria a ocorrência de uma ‘aprendizagem e cognição individual’, rica em informações tanto do meio físico quanto do meio social. Essas informações é que constituiriam o ingrediente da transmissão cultural e é, no âmbito dessa transmissão cultural, que se explicita a diferença entre os primatas humanos e não humanos. Os seres humanos teriam a capacidade de, no processo de interação com seu meio físico e social (no seu tempo ontogenético) se identificarem como um ser intencional, isto é, “cujas estratégias comportamentais e de atenção são organizadas em função de metas” (TOMASELLO, 2003, p. 19), e passam então a perceberem-se iguais aos outros (seus coespecíficos). À medida que interage com o meio físico e social usando esse novo olhar para os fatos e coisas do mundo, a perspectiva se amplia e o indivíduo em desenvolvimento começa a se enxergar – para além de ser intencional igual aos outros – como também diferente do outro (e, portanto, com intenções diferentes). Ora, enxergar-se e aos outros como seres com intenções próprias favorece a ocorrência de dois processos de natureza estritamente social: a cooperação na criação (de novos) e manutenção de artefatos e práticas culturais (já existentes) e a percepção desse conjunto de artefatos e práticas culturais como resultado de um processo de acúmulo histórico (criação e aperfeiçoamento) produzido pelas gerações anteriores.

Em síntese, uma capacidade exclusivamente humana e de origem genética (biologicamente herdada) – enxergar a si e aos outros como seres intencionais [de maneira diferenciada do que o fazem os primatas não humanos] – é que permite a existência da cultura enquanto um conjunto de artefatos, ações (aqui incluída a linguagem) e instituições sociais produtos de acúmulo histórico/social.

No que diz respeito à herança biológica, Tomasello (2003) faz a distinção entre a cognição dos primatas e a dos outros mamíferos, e, no âmbito dos primatas, distingue a cognição humana da dos primatas não humanos. De comum, todos os mamíferos compartilham um conjunto de habilidades cognitivas: são capazes de fazer ‘relações categoriais e quantitativas entre objetos’, de reconhecer outros indivíduos como coespecíficos, de prever o comportamento destes coespecíficos a partir de ‘pistas e *insights*’, e de estabelecer relações sociais de associação e de dominação com os coespecíficos. Entretanto, dentre os mamíferos, apenas os primatas seriam capazes de discriminar as relações entre terceiros, ou as relações que se estabelecem entre seus coespecíficos, sejam elas de parentesco ou de dominação, nas quais ele não está envolvido. Também no domínio do mundo físico, os primatas – diferentemente dos outros mamíferos – são capazes de usar categoriais relacionais ainda que, para isso, demandem experiências mais prolongadas.

Então, do ponto de vista das habilidades cognitivas, é a compreensão de categorias relacionais que distancia os primatas dos outros mamíferos. E esta seria, segundo Tomasello (2003), o ponto crítico da diferenciação, já que:

... a compreensão de categorias relacionais é um precursor evolucionário potencial – uma espécie de meio caminho – da capacidade cognitiva exclusivamente humana de compreender as relações intencionais que os seres animados mantêm com o mundo externo e as relações causais que os objetos inanimados e os acontecimentos mantêm entre si. (p. 24).

Agora, dentre os primatas, uma diferença produziu o distanciamento entre aqueles que vieram a constituir o grupo dos humanos e o grupo de seus ancestrais: para Tomasello (2003), apesar de alguns estudos indicarem o contrário, os primatas não humanos, diferentemente dos humanos, não compreendem a intencionalidade nas ações dos coespecíficos e a causalidade de objetos inanimados e acontecimentos do mundo físico. Lançando mão de estudos

experimentais e fornecendo vários exemplos de comportamentos sociais ou solitários de primatas não humanos que exemplificariam sua tese, o autor enfatiza o papel indispensável da compreensão das ‘forças mediadoras’ que explicariam porque as coisas acontecem como acontecem (compreensão da intencionalidade e da causalidade) para que a criatividade na solução de problemas e a transmissão de conhecimento tornassem possível a ocorrência de ‘herança cultural’, característica essa própria e distintiva dos humanos. No tratamento desta ideia, Tomasello (2003) apresenta e discute diferentes formas de herança e transmissão cultural dos primatas não humanos relacionando-as a diferentes formas de aprendizagem social: aprendizagem por emulação e ritualização ontogenética, contrapondo-as à aprendizagem por imitação e por instrução (ensino), estas últimas típicas de primatas humanos.

A diferença entre os processos de cognição e aprendizagem social de primatas humanos e não humanos é responsável pela diferença na evolução cultural, que, para os humanos, resultou na possibilidade de artefatos e acontecimentos sociais acumularem modificações ao longo do tempo ou, como apropriadamente denominado por Tomasello (2003), da evolução cultural cumulativa com seu ‘efeito catraca’. A evolução de artefatos dar-se-ia pela necessidade dos usuários de ampliar sua esfera funcional, promovendo alterações para dar conta de novos usos impostos pelo contexto, o que resultava uma transformação ao longo do tempo histórico de simples artefatos criados para atender uma demanda específica em ferramentas complexas ou de ampla utilidade, da mesma maneira que a evolução de convenções culturais e rituais, tal como as línguas e a religião, que foram se transformando e se complexificando gradualmente ao longo de um tempo histórico até aos moldes do que vemos hoje. Essa ‘inventividade colaborativa’ - ou sociogênese, resultaria de duas formas

básicas de ‘criação social’: a criação por meio do ‘efeito catraca’, ou colaboração pelo tempo histórico (uma nova maneira de uso de um artefato demandado por um novo contexto, ou atribuição de uma nova função a um artefato já criado antes) e a criação conjunta de novas soluções a problemas postos pelo contexto (colaboração simultânea), em que a troca de ideias (sugestões inventivas dos envolvidos na criação) leva à produção de algo que nenhum dos participantes, sozinho, poderia criar. Não só no âmbito dos artefatos, mas também no âmbito das experiências sociais podemos identificar esses processos de criação coletiva: além das línguas e das religiões já citadas, podemos mencionar ainda os sistemas políticos, os sistemas econômicos, a ciência, etc.

Tais processos de criação coletiva pressupõe uma importância crucial para a ontogênese. Colocando-se à margem do debate sobre as pertinências duais vigentes para explicar o comportamento humano (natureza *versus* educação, inato *versus* aprendido, gene *versus* ambiente), Tomasello (2003) opta pela adoção de outro ponto de vista, e lança mão de um novo par dicotômico – indivíduo *versus* cultura – para analisar a natureza dos determinantes comportamentais dos seres humanos. O que um indivíduo “conhece e aprende por conta própria sem a influência direta de outras pessoas ou de seus artefatos” somado às “coisas que o organismo conhece e aprende por meio de atos nos quais tenta ver o mundo através da perspectiva de outras pessoas” (TOMASELLO, 2003, p.71), constituiria a herança e o desenvolvimento culturais que se entrelaçariam constituindo o processo de “adaptação exclusivamente humana à cultura durante a ontogênese...” (TOMASELLO, 2003, p.73). Assim, a ontogênese é o tempo histórico em que os humanos usam suas capacidades cognitivas que são produto da herança biológica, indicando, portanto, a interdependência da filogênese e da ontogênese na determinação da cognição humana.

Poderíamos, então, perguntar em que momento ontogenético e como a cognição humana emerge. Para Tomasello (2003) é por volta dos nove meses de idade que a cognição se desenvolve, mas se torna evidente na medida em que as crianças passam a utilizar ferramentas culturais. Antes dos nove meses (período por ele denominado de primeira infância) a criança apresentaria algumas competências cognitivas importantes para o desenvolvimento posterior da habilidade essencialmente humana, quais sejam: compreensão de objetos, compreensão das outras pessoas e compreensão de si próprio. Compreender objetos refere-se à competência de compreender a existência de um mundo físico independente de si próprio (compreensão de objetos como entidades independentes, mesmo quando estes não estão visíveis); compreender outras pessoas é a competência de reconhecer outras pessoas como algo de natureza diferente dos objetos físicos; e uma demonstração dessa competência seria o estabelecimento de protoconversas³ e a mímica neonatal⁴. Essas interações possibilitariam aos primatas humanos já inicialmente compreender o outro como semelhante. Por fim, a competência de compreender a si mesmo, que seria uma singularidade humana segundo este autor, seria caracterizada como a capacidade de compreender suas potencialidades e limitações.

A partir do nono mês de idade já se pode observar a emergência dos chamados comportamentos de atenção conjunta, que são dicas claras da compreensão da criança de que os outros são agentes intencionais iguais a si própria, e que, ela, criança, pode acompanhar, compartilhar ou dirigir a relação do outro com o mundo físico e social. O termo *atenção*

³ “... são interações sociais nas quais o pai e o filho concentram um no outro a atenção – muitas vezes num face-a-face que inclui olhar, tocar e vocalizar – de uma maneira que serve para expressar e compartilhar emoções básicas.” (TOMASELLO, 2003, p.81).

⁴ Os neonatos imitam alguns movimentos corporais dos adultos como movimentos da boca e da cabeça. Para o autor a imitação neonatal refletiria “uma tendência dos bebês não só de imitar movimentos conhecidos mas, em certo sentido, de ‘se identificar’ com seu coespecífico” (TOMASELLO, 2003, p.82).

conjunta é utilizado por Tomasello (2003) para designar o compartilhamento de atenção entre criança e adulto em direção a algum objeto ou evento externo a eles. Até os nove meses os bebês, em geral, estabelecem com o mundo apenas interações consideradas diádicas (criança-adulto ou criança-objeto) e, entre os nove e doze meses, passam a se envolver nas interações triádicas, o que significa dizer que são capazes de se envolverem em interações com objetos e pessoas simultaneamente, ou seja, olham para o que o adulto está olhando, olha para o adulto e segue o olhar do adulto até o objeto ou ação que o adulto está olhando; e chamam a atenção do adulto para alguma coisa olhando para o adulto e movendo seu olhar (da criança) para um objeto ou ação, como que dirigindo o olhar do adulto para aquele objeto ou ação. Medidas de atenção conjunta seriam, segundo Carpenter, Nagel e Tomassello (1998, em Tomasello, 2003):

envolvimento conjunto, acompanhamento do olhar, acompanhamento do ato de apontar, imitação de atos instrumentais, imitação de atos arbitrários, resposta a obstáculos sociais, uso de gestos interativos, e uso de gestos declarativos (incluindo gestos proximais tais como “mostrar” e gestos distais tais como “apontar”) (TOMASELLO, 2003, p. 87).

Na tentativa de compreender porque estes comportamentos de atenção conjunta se desenvolvem entre os nove e doze meses de idade, num espaço de tempo que raramente extrapola quatro meses, e numa sequência semelhante para quase todos os bebês, Tomasello (2003) descarta três hipóteses mais comumente usadas na discussão acerca da origem ontogenética da atenção conjunta: duas delas de caráter nativista, segundo as quais os bebês ou já nascem com uma ‘mente dialógica’ que somente pode se expressar abertamente quando desenvolve sua capacidade motora [ou o domínio dos movimentos], isto é, por volta dos nove meses, ou nascem ‘pré-programados, com vários módulos cognitivos independentes’.... os quais têm “uma cronologia desenvolvimental predeterminada, que não é afetada pela

ontogênese dos outros módulos nem pelas interações do organismo com o meio social” (TOMASELLO, 2003, p. 92), e a hipótese da teoria da aprendizagem, segundo a qual as interações triádicas apresentadas pelos bebês, nada mais seriam que sequências comportamentais aprendidas ou condicionadas).

Distintamente destas proposições acima, Tomasello (2003) propõe uma explicação ontogenética segundo a qual comportamentos de atenção conjunta ocorrem quando as crianças “começam a entender as outras pessoas como agentes intencionais iguais a elas próprias” (p. 94). Utiliza a relação entre autocompreensão e compreensão do outro – ou o fazer analogias entre eu e o outro e entre o outro e eu - para explicar o surgimento da cognição aos nove meses: temos informações sobre nós mesmos e sobre nosso funcionamento (sou um ser distinto dos artefatos físicos e de outros presentes no meu meio, tenho objetivos e uso de meios para alcançar estes objetivos) e, na medida em que começamos a compreender o outro como sendo semelhante a nós, somos, então, capazes de entender o funcionamento do outro.

A hipótese específica é que, quando os bebês atingem uma nova compreensão de suas próprias ações intencionais, passam a usar sua atitude “como eu” para entender o comportamento dos outros dessa mesma maneira. E há evidências que comprovam que oito ou nove meses é de fato uma idade especial para a compreensão que os bebês têm de suas próprias ações intencionais. (TOMASELLO, 2003, p. 99)

Então, duas habilidades biologicamente herdadas – identificação do bebê com os seus coespecíficos [que é exclusiva da espécie] e a capacidade de discriminar entre fins (objetivos) e meios (comportamentos que levam aos fins) – é que resultam na compreensão dos coespecíficos como agentes intencionais iguais a si mesmo, o quê, por sua vez, constitui uma compreensão social que permite uma interação ímpar entre a criança e os adultos, uma interação onde um aprende com o outro, condição imprescindível para a existência do processo humano de transmissão cultural: “Crianças que entendem que os outros têm relações

intencionais com o mundo, semelhantes a suas próprias relações intencionais com o mundo, podem tentar tirar vantagem do modo como outros indivíduos imaginaram atingir seus objetivos” (TOMASELLO, 2003, p.108).

Portanto, enxergar os coespecíficos como seres intencionais iguais a nós nos permite aprender com os outros tanto do ponto de vista de estratégias cognitivas, quanto acerca da utilização de objetos e artefatos, e ainda quanto à utilização da linguagem (oral ou gestual), e essa capacidade de aprender com os outros é a condição primeira para o desenvolvimento e preservação da cultura humana.

Com essa compreensão ‘social’ o bebê é exposto diretamente a um contexto em que seu desenvolvimento cognitivo amplia-se seja pela exposição a um conjunto de práticas sociais, seja pela exposição às instruções ativas dos adultos, os quais assumem um papel não só ativo, mas interacionista no desenvolvimento de seus filhos.

O *habitus* particular em que uma criança nasce determina o tipo de interações sociais que terá, o tipo de objetos físicos que estarão à sua disposição, o tipo de experiências de aprendizagem e de oportunidades que encontrará, e o tipo de inferências que poderá fazer sobre o modo de vida dos que a rodeiam. (p. 110) (...) os adultos assumem um papel mais ativo, intervencionista, no desenvolvimento de seus filhos do que outros primatas e animais (...) o adulto se interessa pela aquisição por parte da criança de uma habilidade ou parcela de conhecimento e, em muitos casos, permanece envolvido no processo até que a criança aprenda o material ou atinja certo nível de proficiência...essa instrução intencional constitui um poderoso motor de transmissão cultural na medida em que garante, com certo grau de probabilidade, que uma aptidão específica ou parcela de conhecimento de fato serão passadas adiante. (TOMASELLO, 2003, pp. 111-112)

Entretanto, antes de uma linguagem formal ter se desenvolvido, a forma de aprender que vemos no bebê é a aprendizagem por imitação. Para Tomasello (2003), ainda que o bebê imite o adulto nos primeiros meses de vida (através da mímica diática, face a face) é só lá pelos nove meses que a criança começa a imitar as ações intencionais dos adultos quando interagindo com objetos do meio, aprendendo, então, sobre a função dos

objetos/ferramentas/artefatos culturais. É como se a criança observasse os adultos usando os artefatos e se colocasse no ‘espaço intencional’ do outro, de forma a entender qual é o objetivo deste ao usar o objeto. Assim, a criança passaria a compreender a intencionalidade dos objetos e artefatos, compreendendo as funções que aquele objeto tem para o outro.

Para além da aprendizagem sobre as funções dos objetos/artefatos, também a aprendizagem da comunicação gestual se dá por imitação. Inicialmente os bebês apenas apontam para algo, aparentemente dirigindo a si mesmos, depois apontam e olham para o adulto monitorando sua reação e, finalmente, olham para o adulto assegurando-se de sua atenção antes de apontar. Neste momento podemos dizer que a criança compreende o gesto como um procedimento que produz compartilhamento de atenção e que faz com que outros façam algo que ela deseja, isto é, ela entende a dimensão comunicativa do gesto.

Para finalizar, vale dizer que Tomasello (2003) destaca a transmissão social e cultural como a única explicação possível para o desenvolvimento da cognição nos moldes que temos hoje. O autor avalia que do ponto de vista da evolução biológica (variação genética e seleção natural) não houve tempo suficiente para o desenvolvimento das habilidades cognitivas ou aptidões tão complexas como as que apresentamos atualmente: refinadíssimas tecnologias, formas de comunicação e representações simbólicas, e desenvolvimento de práticas e organizações sociais. A explicação para o que autor chama de ‘enigma’ estaria na transmissão social e cultural (possível em uma escala de tempo muito menor), já que os seres humanos teriam modos únicos de transmissão cultural, próprios da espécie, em que cada indivíduo aprende pelo conhecimento do outro sem ter que passar por tudo o que o outro passou, gerando, assim, uma economia de tempo de aprendizagem sem igual. Portanto, a construção da cognição somente foi possível em função da capacidade humana de cada organismo

aprender com o outro tudo que foi produzido cumulativamente ao longo da história humana, ou, como denominado por Tomasello (2003), da evolução cultural cumulativa.

Essa noção de ‘evolução cultural cumulativa’ pressupõe a ideia de que os artefatos culturais ou as aptidões complexas desenvolvidas pelos humanos acumulam modificações e aperfeiçoamentos ao longo do tempo, que são passadas de geração para geração e modificadas por um indivíduo ou por um grupo de acordo com as necessidades, sem que permita o “resvalo para trás”, isto é, garantindo a permanência do produto recém criado até que outra modificação sobre ele faça surgir um novo produto.

Outro aspecto distintivo dos humanos seria sua capacidade de combinar seus recursos cognitivos de forma distinta da de outras espécies animais. Diferentemente da aprendizagem social observada em outros animais, a aprendizagem humana é, para Tomasello (2003), uma aprendizagem cultural que ocorre sob três modalidades: imitação, instrução e colaboração. E uma condição indubitável para essa aprendizagem cultural seria a existência de uma ‘cognição social’, definida por Tomasello (2003) como “a capacidade de cada organismo compreender os coespecíficos como seres iguais a ele, com vidas mentais e intencionais iguais às dele” (p. 7). Isso quer dizer que para além de saber imitar, nós precisamos discriminar a funcionalidade de nossos comportamentos, de forma a tornar possível a aprendizagem por instrução e por colaboração.

De um ponto de vista mais amplo, o modelo explicativo para a cognição humana se sustentaria no tripé filogenia, história e ontogenia: filogeneticamente, em algum momento da história evolucionária, os *Homo sapiens* modernos apresentaram a capacidade de identificar-se com seus coespecíficos como seres iguais e intencionais, o que permitiu aos humanos

imaginarem-se na “pele mental” do outro. Desta forma, ficou favorecida a aprendizagem cultural, ou aprendizagem por acumulação das modificações/aperfeiçoamentos por que passam os artefatos culturais, tornando possível aos humanos o desenvolvimento de uma história ontogenética, constituída da aquisição e uso do conhecimento historicamente acumulado por seu grupo social, dos símbolos lingüísticos, e da capacidade de criação de novos conhecimentos/artefatos culturais.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Jorge. “Chomsky x Pinker: na interface entre Linguística e Psicologia Evolucionária”. In **Letras de Hoje**, 2011, v. 46, n. 3, p. 12-17, jul./set.

TOMASELLO, Michael. **Origens culturais da aquisição do conhecimento humano**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2003.

UM BREVE HISTÓRICO DA ANOREXIA NERVOSA E SEU TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO

Felipe Quinto da Luz
Lauren Bulcão Terroso
Lívia Fração Sanches⁵

Resumo: Neste estudo buscou-se conhecer aspectos históricos da Anorexia Nervosa e tratamento psicoterapêutico deste transtorno alimentar através da psicanálise e psicoterapia cognitivo-comportamental. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratória e qualitativa visando à busca de material teórico que abordasse dados relativos origem do termo Anorexia, e a contextualização cultural e atual da doença, assim como seu tratamento psicoterapêutico através das abordagens citadas anteriormente. Apesar de a Anorexia Nervosa ser frequentemente associada às influências da mídia há relatos medievais de comportamentos de recusa alimentar de cunho religioso, que não estavam relacionados à beleza. Embora o diagnóstico de Anorexia Nervosa tenha sido oficialmente publicado somente em 1980 no DSM-III, já existiam sinais desta doença na Idade Média. Quanto à discussão sobre as considerações terapêuticas da Anorexia Nervosa, a psicanálise busca o entendimento e tratamento dos sintomas anoréxicos, e a terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem que tem apresentado resultados científicos da sua eficácia favoráveis ao seu uso no tratamento deste transtorno alimentar.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa, Histórico, Psicanálise e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract: *This study aimed to investigate historical aspects of Anorexia Nervosa and psychotherapeutic treatment of this eating disorder through psychoanalysis and cognitive-behavioral therapy. We performed a literature search with exploratory qualitative character aimed at finding material that addressed data about the origin of the term Anorexia, cultural and current context of this disease, and its treatment through psychotherapeutic approaches mentioned above. Although anorexia nervosa is frequently associated with the influences of the media, there are medieval reports of food refusal behaviors of a religious nature, which were not related to beauty. Although the diagnosis of Anorexia Nervosa has been officially published only in 1980 in the DSM-III, there were already signs of this disease in the Middle Ages. As for the discussion on the therapeutic considerations of Anorexia Nervosa, psychoanalysis seeks the understanding and treatment of anorexic symptoms, and cognitive-behavioral therapy is an approach that has presented scientific results of its effectiveness favorable to its use in the treatment of eating disorders.*

⁵ Alunos do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Keywords: *Anorexia Nervosa, History, Psychoanalysis and Cognitive-Behavioral Psychotherapy.*

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que se caracteriza por uma grave restrição alimentar, busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia. O termo anorexia deriva do grego “an” ausência e “orexis”, apetite. Em 1964, Morton descreveu pela primeira vez uma doença psíquica caracterizada pela recusa alimentar (DUCHESNE & FREITAS, 2011). A denominação mais específica “anorexia nervosa” foi proposta por William Gull em 1873, na Inglaterra. O termo “anorexia nervosa” atualmente não é usado no seu sentido etimológico uma vez que os pacientes muitas vezes não apresentam a perda de apetite, e sim uma recusa alimentar (CORDAS & CLAUDINO, 2002).

A anorexia nervosa é mais comum no sexo feminino (90 a 95%) e tem taxa média de prevalência de 0,3% entre as mulheres jovens ocidentais e incidência de 8 casos por 100.000 pessoas/ano. Dentre os transtornos psiquiátricos é o que apresenta a maior taxa de mortalidade, sendo que as causas de morte incluem suicídio, inanição, desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico (FREITAS & DUCHESNE, 2011).

O diagnóstico de Anorexia Nervosa foi oficialmente publicado em 1980 pela Associação Americana de Psiquiatria no manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). No DSM-I e DSM-II não existe qualquer referência ao conceito de transtornos alimentares, existindo apenas no DSM-II uma sub-categoria diagnóstica adicional que é descrita como: “com desordens do metabolismo, crescimento ou nutrição”. Nesta edição do manual são citados diagnósticos como: Psicose com Transtorno Metabólico ou Nutricional e Síndrome Orgânica Cerebral Não

Psicótica com Transtorno do Metabolismo, Crescimento ou Nutrição (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, 1968). A categoria dos transtornos alimentares passa a existir somente a partir do DSM-III incluindo: Anorexia Nervosa, Bulimia, Pica, Transtorno da Ruminação Infantil e Transtorno Alimentar Atípico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). No DSM-IV a categoria diagnóstica dos transtornos alimentares inclui somente o diagnóstico de Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa e no DSM-IV-TR é incluída a categoria dos transtornos alimentares não especificados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, 2000).

A anorexia nervosa é frequentemente considerada uma patologia da modernidade relacionada com a influência da mídia das últimas décadas. O ideal de obter um corpo perfeito assenta a anorexia como um transtorno alimentar ligado a padrões de beleza e de magreza. Porém, antes de ser proposto o diagnóstico clínico da anorexia já haviam sido relatados comportamentos anoréxicos em outras culturas, que não eram necessariamente ligados à beleza (GIORDANI, 2006; WEINBERG & CORDÁS, 2006).

Mesmo antes desta doença ser conhecida como Anorexia Nervosa, é possível detectar claramente sinais desse transtorno alimentar ao longo da história. Na Idade Média o jejum religioso, prática comum principalmente entre as mulheres era considerado como uma forma de aproximação de Deus e de purificação da alma. Sendo assim, a anorexia na época medieval estava diretamente relacionada à devoção religiosa, com base na ideia de que o corpo facilitava o acesso ao sagrado. (FREITAS, 2006; SOARES, 2008). Como exemplos, podemos citar, ao longo da história, inúmeras santas que adotaram uma vida de rigorosas abstinências alimentares. Entre elas está Clara de Assis (1193-1253) que desde muito nova

manifestava grande fé religiosa e autorizava-se jejuar todos os dias (WEINBERG & CORDÁS, 2006).

Na época medieval, o controle da alimentação pelos santos constitui-se em um dos topos hagiográficos. A gula era associada à luxúria, bem alimentado, o corpo estava forte e apto a cometer pecados. Por esse motivo, propagava-se e admoestava-se, por meio dos relatos hagiográficos, a disciplina e o controle no ato de comer (SILVA & PASSOS, 2006).

FENDIK (1997) destaca que por volta do século XIII era comum entre mulheres que aspiravam à santidade a capacidade de ficarem sem comer por largos períodos de tempo. A “santa anorexia” tornava-se então, para essas mulheres, a única maneira de se subtraírem à autoridade e controle dos homens, fossem esses os pais, maridos ou padres. Desta forma, essas mulheres podiam definir e afirmar a sua identidade e a sua relação com Deus (LAWERS, 1994).

Foi só a partir do nascimento da psiquiatria psicodinâmica, no século XIX, que o entendimento sobre este transtorno passou a ser pensado em relação a suas causas emocionais. Entre os adeptos desta nova psiquiatria psicodinâmica estava Sigmund Freud que classificou a doença com um quadro neurótico, passando a se preocupar com o significado que a falta de apetite representava. (WEINBERG & CORDÁS, 2006).

Na descrição de diversos casos tratados por Freud podemos detectar a recusa alimentar como um sintoma. Em “Um caso de cura pelo hipnotismo” (1893/1980) foi relatado o caso de uma jovem que apresentava sintomas anoréxicos. Os aportes psicanalíticos entendem a anorexia como uma condição de mulher que se quer negar, como busca de evitar a dependência da figura materna e que, por esta razão, torna o feminino como alvo de ataque

(FRANÇA, 2000). Sendo assim, o sentido do sintoma anoréxico é o de independência e individuação.

Segundo FRANÇA (2000) a discussão sobre as considerações terapêuticas centra em torno de dois posicionamentos. Aqueles que acreditam no tratamento psicanalítico como uma forma de eliminação dos sintomas, mas também de entendimento do sintoma deste. E há aqueles que recomendam as terapias que tem por objetivo a eliminação dos sintomas, como as terapias cognitivo-comportamentais.

A partir da perspectiva cognitivo-comportamental, os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais. A terapia cognitivo-comportamental ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os transtornos alimentares. As técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos (DUCHESNE e ALMEIDA, 2002).

Segundo DUCHESNE e ALMEIDA (2002) a terapia cognitivo-comportamental para os transtornos alimentares é uma intervenção breve, semi-estruturada e orientada para metas. Os programas de terapia cognitivo-comportamental para a anorexia nervosa têm resultado na diminuição da restrição alimentar com melhora das escolhas nutricionais, aumento de peso, redução de pensamentos disfuncionais acerca de peso e alimentação, e, melhora do funcionamento sexual e do humor. São utilizadas também técnicas para prevenção da recaída, que consistem na identificação, por parte do paciente e do terapeuta, de possíveis dificuldades futuras e o planejamento de estratégias adequadas para lidar com elas. BYRNE, FURSLAND, ALLEN & WATSON (2011) avaliaram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental

nos transtornos alimentares e encontraram melhoras significativas nos padrões alimentares e psicopatologia geral em pacientes com todos os tipos de transtornos alimentares.

LOCKWOOD, SERPELL & WALLER (2012) afirmam que a TCC pode ajudar pacientes com anorexia e com altos níveis de ansiedade, inicialmente tratando a ansiedade destes pacientes e, desta forma, facilitando o ganho de peso. Em contrapartida, com aqueles pacientes com anorexia e baixos níveis de ansiedade pode ser necessário um trabalho motivacional para que se envolvam no tratamento. CARTER et al (2009), avaliaram a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental comparada ao tratamento usual para a anorexia nervosa e consideraram a terapia cognitivo-comportamental mais eficaz e capaz de ajudar no ganho de peso e prevenção de recaída.

MÉTODO

O estudo foi realizado por meio de uma breve revisão assistemática da literatura. Foram selecionados artigos utilizando o sistema de busca informatizada da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, bem como livros que abordavam a temática em questão. Para a busca dos artigos os descritores “anorexia nervosa” e “religiosidade” foram utilizados simultaneamente com a finalidade de restringir os resultados. Também foi feita uma revisão através dos manuais da American Psychiatric Association desde sua primeira edição até a última, para um maior entendimento dos critérios diagnósticos deste transtorno bem como o surgimento deste no manual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo não foi esgotar o tema e sim fazer uma breve revisão a respeito de questões psicológicas, sociais e históricas da anorexia nervosa bem como fazer uma compreensão de algumas das principais abordagens psicoterapêuticas para o tratamento desta patologia.

Concluimos que a crença de que a anorexia nervosa existe como uma doença relacionada a influencia da mídia que impõe padrões de beleza relacionados à magreza não se sustenta, devido aos relatos do comportamento do jejum religioso deste fenômeno na Idade Média. Quanto à discussão sobre as abordagens psicoterapêuticas da Anorexia Nervosa, percebe-se que a psicanálise busca o entendimento profundo e tratamento dos sintomas anoréxicos, e a psicoterapia cognitivo-comportamental é uma abordagem que tem apresentado resultados científicos da sua eficácia favoráveis ao seu uso no tratamento deste transtorno alimentar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-I)**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1952.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-II)**. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1968.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)**. Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-IV)**. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)**. Washington DC: American Psychiatric Press, 2002.

BYRNE, S. M. et al. "The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: an open trial". In: **Behaviour Research and Therapy**. 49(4), 219-226. 2011.

CÓRDAS, T. A; CLAUDINO, A. M. "Transtornos alimentares: fundamentos históricos". In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24 : 3-6. 2002.

CARTER, J. C. et al. "Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual". **International Journal of Eating disorders**. 43(3), 202-207. 2009.

DUCHESNE, M; ALMEIDA, P. E. M. "Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Alimentares". **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 24(3), 49-53. 2002.

FENDRIK, S. **Santa Anorexia**. Buenos Aires: Corregidor. 1997.

FREITAS, S. R. **Compulsão alimentar: aspectos relacionados à mensuração, prevalência e tratamento**. Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

FREITAS, S; DUCHESNE, M. "Transtornos alimentares". In: B. Rangé (Org), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria** (pp. 393-408). Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREUD, S. "Um caso de cura por hipnotismo". In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1976. v. 1.

GIORDANI, R.C.F. "A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica". **Psicologia e Sociedade**, 18 (2): 81-88. 2006.

LAWERS, M. "Santas e anoréxicas: o misticismo em questão". In: J. Berlioz (Org.). **Monges e Religiosos na Idade Média** (219-223). Lisboa: Terramar. 1994.

LOCKWOOD, R; SERPELL, L; WALLER, G. "Moderators of weight gain in the early stages of outpatients cognitive behavioral therapy for adults with anorexia nervosa". **International Journal of Eating Disorders**. 45(1), 51-56. 2012.

NEYLA, R. **Transtornos Alimentares da Adolescência: Anorexia e Bulimia**. Trabalho apresentado como Tema no Congresso da FEPAL, 2000.

SILVA, A.C. L. F; PASSOS, E. S. “Comer ou jejuar? Reflexões acerca da prática alimentícia vinculada à santidade nos escritos hagiográficos de Tomás de Celano”. In: **II Ciclo Internacional de Estudos Antigos e Medievais e VIII Ciclo de Estudos Antigos e Medievais**. Assis, 2006. **Atas do II Ciclo Internacional de Estudos Antigos e Medievais e VIII Ciclo de Estudos Antigos e Medievais**. Assis : UNESP, 2006. v. 1.

SOARES, M.V.R. “Santidade, jejum e anorexia na história”. In: **História em Reflexão**, 2 (3). 2008.

WEINBERG, C; CORDAS, T. A. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

O TRABALHO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR: UM OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mahyra Mendes Rosa⁶
Maria Alice Branco Campos Provenzano⁷

Resumo: Estudos indicam que a Psicologia é uma área emergente no contexto hospitalar. Neste sentido, torna-se importante que o psicólogo saiba justificar clara e objetivamente os procedimentos técnicos de sua especificidade. Sendo assim, de modo geral, essa pesquisa objetivou caracterizar as percepções de profissionais de saúde que atuam em organizações hospitalares, na região serrana de Santa Catarina, acerca do trabalho do psicólogo neste contexto. Participaram do estudo dez profissionais entre enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos de enfermagem que realizavam atividades pelo menos três vezes por semana em pelo menos uma das três organizações hospitalares da cidade de Lages – SC e há no mínimo dois anos. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada e os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Minayo. A partir dos resultados obtidos, entende-se que este estudo poderá proporcionar a reflexão e revisão de algumas das práticas adotadas pelos psicólogos hospitalares. As decorrências poderão ser a ampliação do trabalho psicológico neste contexto, um atendimento mais humanizado e a maior integração da equipe.

Palavras chave: Percepções. Profissionais de Saúde. Psicólogo Hospitalar.

Abstract: Studies indicate that psychology is an emerging area in the hospital. Regarding, it is important that the psychologist knows clearly and objectively justify the technical procedures of its specificity. Thus, generally, this study aimed to characterize health professional's perceptions who work in hospital organizations, in the Santa Catarina highlands, about the psychologist labor in this context. Participants were ten professionals including nurses, doctors, physiotherapists, nutritionists and nursing technicians who performed activities at least thrice a week on one of three hospital organizations in the Lages city – SC, for two years, at least. Data was collected by using semi-structured interviews and were analyzed using Minayo Thematic Analysis. From the results obtained, it is understood that this study may provide a reflection and a review of some practices adopted by hospital psychologists. The results may be the expansion of psychological labor in this context, a more humane attention and greater integration of the team.

Keywords: Perceptions. Health Professionals. Hospital Psychologist.

INTRODUÇÃO

O campo da Psicologia Hospitalar pode ser considerado como relativamente novo, sendo que os primeiros psicólogos iniciaram sua inserção no ambiente hospitalar em meados da década de 1960 (GORAYEB, 2001). Neste sentido, torna-se importante que os

⁶ Psicóloga graduada pela Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

⁷ Psicóloga mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC e professora da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

profissionais que atuam nessa área divulguem suas atuações, pois as especificidades do fazer do psicólogo neste contexto se difundem através de sua prática (FONGARO e SEBASTIANI, 2003).

A partir de um estudo realizado por Yamamoto e Cunha (1998) com psicólogas que atuavam em diferentes instituições hospitalares na cidade de Natal – Rio Grande do Norte percebe-se que essencialmente, as atividades desempenhadas por estas profissionais são de natureza clínica uma vez que realizam psicoterapia breve com os pacientes e um trabalho de suporte aos familiares destes. Entretanto, observa-se no relato de algumas das profissionais participantes da pesquisa que o trabalho desenvolvido também se caracteriza como educacional e organizacional. A partir deste estudo, os autores identificam lacunas na formação dessas profissionais para atuarem na área da saúde e enfatizam a necessidade de uma reflexão crítica sobre o fenômeno saúde-doença. Isto implica em planejar uma atuação com novos objetivos que levem em consideração a instituição hospitalar e não meramente a repetição de um modelo clínico tradicional em um ambiente com características próprias e distintas e que, muito provavelmente, não se adéqua a mera repetição de práticas.

Já de acordo com a percepção da equipe de enfermagem pesquisada por Tonetto e Gomes (2007) sobre as especificidades do psicólogo no contexto hospitalar, percebe-se que este profissional poderá atender a pacientes e familiares que enfrentam situações de crise e risco de morte, com foco na minimização de ansiedade. Os sujeitos pesquisados trazem ainda que têm expectativas com relação à atuação do psicólogo junto à equipe de saúde, assessorando os profissionais na definição de condutas e tratamentos, esclarecendo sobre a influência dos aspectos emocionais no quadro do paciente, além de fornecer subsídios aos

profissionais para que aprendam a lidar de modo mais adequado com o luto no contexto de trabalho.

Considera-se ainda que o paciente hospitalizado apresenta uma demanda psicológica específica, que seria a necessidade de comunicar-se adequadamente com a equipe de saúde a fim de obter informações acerca de sua doença e apoio com relação aos sentimentos despertados frente ao adoecer. Neste sentido, o psicólogo atuaria como facilitador dos aspectos relacionais entre equipe e paciente, auxiliando os outros profissionais a entender a subjetividade do sujeito hospitalizado (GORAYEB, 2001).

Observa-se que alguns estudiosos vêm preocupando-se com este campo emergente da ciência psicológica, entretanto, Campos (1995) destaca que as publicações brasileiras a respeito da Psicologia Hospitalar ainda são escassas e ressalta a importância de se divulgarem os resultados de trabalhos de pesquisas que venham a contribuir com a área. Neste sentido, o presente relato de pesquisa, o qual caracteriza as percepções de profissionais de saúde acerca do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar poderá contribuir para a ampliação das práticas desse profissional e o planejamento de intervenções que atendam efetivamente as demandas da instituição, pois sendo a Psicologia uma área emergente no contexto hospitalar, nem todos os profissionais têm clareza de seu fazer dentro da equipe de saúde.

Diante disso, torna-se importante, além do profissional desenvolver competências e habilidades para o trabalho em grupo, saber justificar clara e objetivamente os procedimentos técnicos de sua especificidade (TONETTO e GOMES, 2007). A partir desta evidência, identifica-se a relevância científica da presente pesquisa que poderá contribuir para a divulgação do fazer do psicólogo na instituição hospitalar, pois de acordo com Romano (1999 *apud* BAPTISTA, BAPTISTA e DIAS, 2010) a pesquisa não é uma prática constante na

atividade do psicólogo hospitalar, uma vez que há pouca publicação e divulgação de seu trabalho neste contexto.

Com relação aos sujeitos pesquisados, profissionais de saúde que atuam em instituições hospitalares, percebe-se que estes puderam refletir sobre a prática do psicólogo hospitalar, podendo ainda rever e ampliar seu próprio trabalho em equipe de modo a atender o paciente em sua integralidade. Um estudo realizado por Wild *et. al.* (2003 *apud* TONETTO e GOMES, 2007), indica que a falta de compreensão da prática do psicólogo hospitalar é o fator que mais influencia para o baixo índice de encaminhamento de pacientes a tratamento psicológico. Diante disso, os autores destacam a relevância dos profissionais divulgarem e esclarecerem as especificidades de sua profissão dentro do campo hospitalar.

Foi propósito deste estudo evidenciar aspectos relacionais da equipe de saúde, pois como indica uma pesquisa realizada por Tonetto e Gomes (2007), os profissionais de Psicologia investigados consideraram que as questões hierárquicas, o grau de importância atribuído pelos outros profissionais aos aspectos emocionais e o conhecimento sobre o trabalho da Psicologia influenciam o modo como o psicólogo hospitalar interage com os demais membros da equipe de saúde.

No decorrer desta pesquisa identificou-se que há poucas publicações que enfatizam a prática do psicólogo hospitalar na região serrana de Santa Catarina e fez-se necessário aprofundar tal conhecimento de modo que fossem identificadas as demandas emergentes da população e monitorada a eficácia das práticas que vem sendo produzidas. A obtenção destes dados poderá contribuir não apenas para o desenvolvimento da Psicologia enquanto ciência e profissão, mas também para o desenvolvimento dos aspectos que estão envoltos na saúde da sociedade serrana catarinense.

Portanto, para que fosse possível ampliar o conhecimento sobre os aspectos implicados no trabalho do psicólogo hospitalar, de modo geral mostrou-se necessário caracterizar as percepções de profissionais de saúde que atuam em organizações hospitalares, na região serrana de Santa Catarina, acerca do trabalho do psicólogo neste contexto.

METODOLOGIA

Participaram da pesquisa dez (10) profissionais da área da saúde, independentemente de sexo e idade, que realizavam atividades profissionais pelo menos três vezes por semana em pelo menos uma das três organizações hospitalares da cidade de Lages e há no mínimo dois anos. Dentre estes profissionais, foram inclusos no universo da pesquisa aqueles que possuíam graduação em Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Nutrição e curso Técnico em Enfermagem, pois, foi possível observar a partir do contato da pesquisadora com um hospital, que estes profissionais são aqueles que estão presentes no cotidiano hospitalar.

Para escolha dos sujeitos que participaram da pesquisa optou-se por realizar, primeiramente, um sorteio aleatório a partir dos profissionais de saúde disponíveis na lista telefônica. Contudo, nem todas as profissões constavam na lista. Nestes casos, adotou-se como critério a indicação de profissionais de saúde com proximidade com as respectivas áreas.

Uma vez selecionados os sujeitos, foi formalizado o contato com os profissionais, de modo que pudessem ser esclarecidos junto a eles os objetivos da pesquisa e averiguado o interesse destes em participarem do estudo voluntariamente. Agendou-se dia e horário, conforme a disponibilidade dos sujeitos para que pudesse ser realizada a coleta de dados, a qual aconteceu por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

As entrevistas foram realizadas em local combinado previamente de acordo com o conforto e facilidade de deslocamento dos participantes. Inicialmente, foi apresentado aos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, no qual constavam esclarecimentos sobre o conteúdo da pesquisa, a justificativa, os objetivos, os procedimentos utilizados para a coleta de dados, as informações sobre os possíveis desconfortos, riscos e benefícios, sobre o sigilo das informações e a liberdade de recusa em participar da mesma. O TCLE foi lido pelos sujeitos e, após a concordância dos mesmos, efetuada a assinatura do termo e garantido o anonimato dos sujeitos e demais direitos preconizados pela Resolução 196/96 (e complementares) do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos e nos casos em que os sujeitos consentiram foram gravadas e, posteriormente, transcritas para um melhor aproveitamento e maior fidelidade aos dados obtidos. Nos casos em que os participantes não concordaram com a gravação da entrevista, os dados coletados foram registrados pela pesquisadora manualmente.

Os dados foram organizados e analisados a partir da Análise Temática, em que segundo Minayo (2010, p.316), “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”, sendo que a unidade de registro é denominada de tema. Neste estudo, o que foi analisado não estava relacionado à frequência das unidades de significação no discurso dos participantes, mas sim a contribuição do enunciado para compreensão do fenômeno estudado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise dos dados obtidos por meio das percepções dos sujeitos, foi possível elencar cinco categorias, sendo elas o papel do psicólogo hospitalar; a relação entre a equipe de saúde e o psicólogo hospitalar; melhorias a considerar no trabalho do psicólogo nos hospitais; atividades desenvolvidas pelo psicólogo hospitalar; e aspectos positivos e negativos na atuação do psicólogo nos hospitais. Entretanto, para que os dados obtidos possam ser discutidos de modo mais detalhado nesse relato de pesquisa, o qual se configura como um recorte do estudo original, somente as três primeiras categorias serão apresentadas.

O papel do psicólogo hospitalar

Nesta categoria é possível observar o que na percepção dos sujeitos se configura como o papel do psicólogo hospitalar, ou seja, o que eles percebem como atribuições dos profissionais de Psicologia neste contexto.

Assim, os sujeitos indicaram como papel do psicólogo hospitalar a orientação e o esclarecimento do paciente e da família que o acompanha; o apoio não apenas ao paciente, mas também ao familiar frente ao processo de hospitalização e a redução da ansiedade do paciente ou acompanhante/familiar diante da hospitalização e da doença. Os sujeitos destacaram ainda, o papel do psicólogo de facilitar a adesão do paciente ao tratamento e facilitar o entendimento, por parte da equipe, dos aspectos psicológicos do paciente, contribuindo para uma compreensão deste de uma forma integral.

O papel do psicólogo hospitalar de orientar e prover esclarecimentos ao paciente foi observado nas falas dos sujeitos relacionado à hospitalização, mas principalmente ao processo de doença, em que o profissional de Psicologia, segundo estes, pode contribuir com

informações acerca da enfermidade que o indivíduo está vivenciando, destacando quais são as suas potencialidade e limitações naquele momento e auxiliando-o na compreensão e, muitas vezes, na resolução de conflitos intrapsíquicos decorrentes do momento de vida pelo qual está passando. Deste modo, percebeu-se que muitas vezes o psicólogo pode fornecer subsídio à compreensão por parte do paciente sobre a doença que vivencia através da psicoeducação. Segundo Cordioli, *et.al.* (2008) neste tipo de intervenção o psicólogo deixa o paciente ciente da natureza e gênese de seus sintomas, fornecendo informações acerca da doença e do tratamento, além de fornecer subsídios ao paciente para que este possa controlar, diminuir, ou evitar os sintomas apresentados.

Na mesma direção indicada pelos sujeitos, Gorayeb (2001), ao relatar sua experiência no que se refere à inserção do psicólogo no contexto dos Hospitais Gerais, destaca que as principais características da prática deste profissional é fornecer apoio, esclarecimento e informações ao paciente pertinentes à sua doença e prognóstico da mesma, além de esclarecer aspectos referentes à hospitalização.

Com relação aos familiares que acompanham o paciente hospitalizado, a necessidade de orientação do psicólogo hospitalar foi observada nas falas de alguns dos sujeitos quando estes percebem que o acompanhante “atrapalha” os procedimentos técnicos realizados com o paciente ou dificultam os cuidados por falta de conhecimento acerca da especificidade da enfermidade ou das rotinas hospitalares.

Assim, alguns dos sujeitos destacaram a importância do esclarecimento acerca dos procedimentos técnicos realizados no contexto hospitalar não apenas para que o acompanhante possa colaborar com a recuperação do paciente, mas também para que possa confiar na equipe de saúde, pois tendo em vista que a hospitalização representa uma situação

inusitada, observa-se que diante desta situação, a família vivenciará diferentes níveis de ansiedade oriundos do contato obrigatório com diferentes profissionais, da exposição de sentimentos e do temor ao desconhecido referente principalmente ao tratamento de saúde. Diante disso, é comum que a família apresente receio do que possa vir a acontecer ao paciente, ou não confie na equipe de saúde (CHIATTONE, 2003 apud STASSUN e RADTKE, 2006). Neste sentido, a orientação do psicólogo junto à família do paciente hospitalizado também se mostra relevante (STASSUN e RADTKE, 2006), assim como o apoio psicológico a ambos, paciente e sua família pode ser um agente de mudança adequado no processo de internação.

Diante disso, observou-se conforme a percepção dos sujeitos, que o papel do psicólogo também é fornecer apoio aos pacientes e aos familiares que vivenciam a internação hospitalar, a qual se configura como uma situação estressante que acaba deixando fragilizado não apenas o paciente, mas também o acompanhante que partilha com o indivíduo hospitalizado este momento de vida. Para Cordioli *et.al.* (2008), o apoio é utilizado junto àqueles sujeitos que apresentam alguma situação de crise, como pode ser considerada a situação de hospitalização, na medida em que esta desencadeia reações de estresse no paciente e no familiar que o acompanha. Assim, nas situações de crise, por meio de intervenções suportivas, esclarecimento e auxílio na resolução dos problemas o psicólogo visa recuperar ou reforçar as defesas e capacidades que se encontram prejudicadas. Ressalta-se também que a psicoterapia de apoio tem como objetivo a eliminação de sintomas e comportamentos desadaptativos (CORDIOLI; *et.al.*, 2008).

É possível considerar ainda, que o apoio configura-se não apenas como uma abordagem teórica específica, mas como uma postura terapêutica em que estaria implícita a

qualidade da relação terapêutica, onde o profissional oferece suporte ao paciente em todos os momentos de expressão de seu mundo psíquico, tanto naquelas horas em que ele se mostra mais fragilizado, quanto nos momentos em que demonstra sua capacidade de *insight* (quando o paciente se dá conta de alguma informação que até então não tinha observado ou compreendido) preservada (RODRIGUES e HUTZ, 2008).

Diante disso, constata-se que na percepção dos sujeitos o psicólogo se configura como um continente às angústias e sentimentos dos pacientes e seus familiares frente ao processo de doença e hospitalização. Valansi e Morsch (2004) destacam o papel do psicólogo de ser continente das angústias referentes ao contexto hospitalar no caso de familiares que acompanham os bebês nas UTIs-Neonatais, sendo que ao receber este apoio os familiares estarão aptos a ‘ressignificar’ a experiência vivida e a enfrentar a situação ora encarada como ameaçadora, de forma mais adaptativa. Contudo, observou-se que tal compreensão pode ser estendida tanto para o contexto das UTIs, quanto para os outros setores dos hospitais e não apenas com os familiares, mas também com os pacientes. Este apoio ocorrerá por meio do diálogo e, principalmente, por meio de um espaço de escuta que possibilite a estes indivíduos o acolhimento. A partir da percepção dos sujeitos, é possível considerar também que o apoio é uma das estratégias que poderá contribuir com a melhoria no estado geral de saúde do paciente ou na redução da ansiedade deste e do familiar.

Ao encontro desta perspectiva, Venâncio (2004) assevera, a partir de estudos realizados com pacientes oncológicos, que aqueles pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico obtiveram alguns ganhos durante o tratamento do câncer, dentre eles a melhora no estado geral de saúde e na qualidade de vida, uma melhor tolerância aos efeitos colaterais do tratamento e melhorias na comunicação entre paciente, família e equipe. As decorrências são

positivas tanto no que diz respeito aos aspectos emocionais, quanto aos sintomas físicos do paciente. Dentre os aspectos emocionais citados pelo autor está a ansiedade, a qual pode ser reduzida a partir da intervenção do psicólogo hospitalar.

Os profissionais de saúde entrevistados indicaram que a contribuição do psicólogo hospitalar para a redução da ansiedade, por vezes, é resultado de outras intervenções realizadas por este tais como, a orientação, o esclarecimento e o apoio aos pacientes. O fenômeno da ansiedade pode ser caracterizado pelas reações neuroendocrinológicas que o indivíduo apresenta diante de uma situação objetiva ou subjetiva de perigo. Através da discussão com o paciente sobre suas preocupações com relação à natureza da doença, o diagnóstico e a forma de tratamento, ou seja, por meio da clarificação das dúvidas e confusões acerca da situação que está vivenciando, o psicólogo pode promover habilidades do paciente para que a ansiedade deste seja minimizada (ANDRADE, 2010).

Os sujeitos indicaram ainda que o papel do psicólogo de contribuir para redução da ansiedade no contexto hospitalar não se volta apenas ao paciente, mas aos seus familiares, sendo que estes últimos foram mais evidenciados pelos sujeitos, principalmente no caso de internamentos infantis, em que a ansiedade das mães é demonstrada de modo mais explícito à equipe de saúde. Assim, haja vista a importância dos papéis parentais para o ajustamento social e psicológico da criança durante a hospitalização seja qual for a sua idade, a atuação do psicólogo no sentido de minimizar a ansiedade dos pais também pode contribuir para o bem estar de todos envolvidos no processo de hospitalização e facilitar a adesão ao tratamento (OLIVEIRA e COLLET, 1999).

De acordo com a equipe de saúde, para que o paciente tenha uma maior adesão ao tratamento o psicólogo hospitalar pode atuar não apenas para orientá-lo acerca da necessidade

dos procedimentos realizados ou dietas alimentares prescritas, mas no sentido de promover a reflexão do paciente acerca da importância da sua colaboração para a recuperação de sua saúde e de sua responsabilidade nesse cuidado consigo mesmo. Segundo um estudo realizado por Oliveira e Gomes (2004) com pacientes portadores de doenças orgânicas crônicas desde a infância e que se submetiam a tratamento ambulatorial, aqueles indivíduos que eram atendidos pelo serviço de Psicologia apresentaram melhor comunicação com seu médico e maior adesão ao tratamento.

Além disso, de acordo com a percepção dos sujeitos, o paciente hospitalizado não se configura como um corpo a ser tratado em seus aspectos físicos, mas eles partem do princípio de que o ser humano é uma totalidade envolvendo corpo e mente, ou aspectos físicos, psicológicos e sociais, os quais se interrelacionam. Neste sentido, facilitar o entendimento da equipe multiprofissional de saúde acerca dos aspectos psicológicos do paciente, para esclarecer as possíveis interações entre psique e soma na manifestação das doenças, também pode ser um dos papéis do psicólogo hospitalar. Uma vez considerando mente e corpo como uma unidade e não instâncias separadas é possível afirmar que ambos sofrem influências mútuas, inclusive sobre a saúde e a doença (HISADA, 2003).

Outro aspecto indicado pela equipe de saúde diz respeito ao esclarecimento, por parte do psicólogo, dos aspectos emocionais ou características de personalidade do paciente no sentido de fornecer subsídios aos outros profissionais de saúde sobre a melhor forma de abordar o paciente. Para Ismael (2005), acompanhar a evolução do paciente quanto aos seus aspectos emocionais desencadeados pela doença é o principal objetivo do trabalho do psicólogo hospitalar, sendo que a partir deste acompanhamento, o profissional poderá instrumentalizar a equipe de saúde para que aborde o paciente de forma mais assertiva.

Assim, observa-se que a forma como a equipe de saúde interage torna-se um fator importante no cuidado ao paciente hospitalizado.

A relação entre a equipe de saúde e o psicólogo hospitalar

A partir dos dados pôde-se perceber que, na maioria das vezes, a interação entre a equipe de saúde ocorre de maneira multidisciplinar e que a interação de forma mais direta com o profissional de psicologia em específico ocorre ocasionalmente quando observada a necessidade de esclarecer algum aspecto psicológico do paciente que está sendo atendido, mas sem que esta troca de conhecimentos e informações faça parte de uma rotina na prática hospitalar. A interação entre a equipe de saúde no ambiente hospitalar foi ressaltada por Chiattonne (2002), a qual considera que as equipes interdisciplinares de atenção à saúde ainda mostram-se como um desafio a ser alcançado pelos profissionais de saúde.

A única situação em que os sujeitos fizeram referência sobre uma maior interação interdisciplinar entre o psicólogo e os demais profissionais de saúde foi no atendimento a pacientes que passam por avaliação para encaminhamento de cirurgia bariátrica. De acordo com Almeida (2000), trabalhar em uma equipe interdisciplinar implica na possibilidade do diálogo entre os vários profissionais que compõem a equipe e que em vários momentos se deparam com interfaces entre suas práticas, mesmo tendo cada um as especificidades de seu saber. Neste sentido, para que a interação interdisciplinar da equipe de saúde que atua no hospital se efetive na prática, faz-se necessário que a hegemonia do saber médico seja questionada, substituindo a relação hierárquica pela interlocução entre os diversos saberes. Diante disso, o psicólogo tem um papel importante, na medida em que poderá favorecer o

funcionamento da equipe de modo interdisciplinar, facilitando a comunicação entre seus membros.

Nos outros setores do hospital que não o ambulatório de cirurgia bariátrica, observou-se que a relação entre a equipe por vezes fica limitada ao encaminhamento, o qual é feito através de prescrição médica. Deste modo, observou-se o predomínio de uma relação hierárquica na equipe de saúde, o que pode dificultar o estabelecimento de uma relação linear e com maior interação entre os profissionais. Além disso, a equipe de saúde destacou que outro aspecto que limita a interação entre o psicólogo e os demais profissionais de saúde é a própria postura deste profissional que, muitas vezes, não se faz presente nos setores e também não busca a interação com a equipe de saúde.

Ao abordar sobre as equipes interdisciplinares de saúde, Santos e Cutolo (2004) enfatizam que o desafio para a efetivação dessas equipes está na própria formação dos profissionais, a qual não privilegia a interação entre as diversas profissões da saúde através de um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimento e a ação coordenada em prol de objetivos comuns. As implicações disso podem ser a precariedade no desenvolvimento de habilidades de integração e comunicação entre os profissionais de saúde, o que se torna um aspecto negativo a efetivação do trabalho realizado em equipe nos hospitais, aspecto este que precisa ser melhorado.

Melhorias a considerar no trabalho do psicólogo nos hospitais

A partir das experiências que vivenciam no contexto hospitalar, os profissionais de saúde entrevistados destacaram algumas melhorias necessárias ao trabalho do psicólogo nesta área tais como, o maior número de profissionais de Psicologia para atender a demanda

hospitalar, a necessidade de ampliar as possibilidades de inserção do psicólogo neste contexto, a necessidade de maior divulgação da Psicologia Hospitalar e a necessidade de maior interação entre os profissionais de saúde que atuam nos hospitais.

De acordo com a percepção da equipe de saúde, para que o psicólogo possa atender a toda a demanda que se apresenta no contexto hospitalar, seja no atendimento ao paciente, ao familiar ou ao funcionário é necessário aumentar a quantidade destes profissionais inseridos na equipe de saúde, pois o que os sujeitos observam é que em função da quantidade reduzida de psicólogos, estes não conseguem desenvolver de forma satisfatória todas as possibilidades de intervenção.

A partir de um estudo empírico sobre a inserção do psicólogo em hospitais da Grande Florianópolis, Marcon, Luna e Lisbôa (2004) indicam uma defasagem quanto aos serviços de Psicologia nos hospitais para atender a demanda da população, o que pode ser atribuído ao baixo número de profissionais contratados formalmente, bem como a falta de concursos públicos no estado de Santa Catarina pra este fim, o que evidencia a necessidade da inserção de maior número de psicólogos nestes contextos.

Neste sentido, devido ao número reduzido de profissionais os sujeitos observaram que o psicólogo hospitalar acaba priorizando o atendimento ao paciente ou atuando em focos limitados, muitas vezes se restringindo aos encaminhamentos recebidos, as situações de crise e emergência, ou aquelas consideradas de maior gravidade pela equipe de saúde, como por exemplo, o atendimento a pacientes oncológicos, pacientes internados nas UTIs, ou nas Unidades para Tratamento de Queimados, o atendimento a adolescentes grávidas, o atendimento à família nos casos de crianças nascidas prematuras, ou com má formação congênita, além de situações de perda e luto. Assim, percebeu-se que intervenções que visem

mais do que a recuperação, a prevenção e a promoção de saúde, muitas vezes ficam como secundárias. Ressalta-se que para que o psicólogo possa desenvolver ações voltadas à prevenção e a promoção de saúde e qualidade de vida, em uma perspectiva ampla que vai além da atenuação de sofrimento e compensação de danos, mostra-se necessário o preparo deste profissional desde a sua formação (BOTOMÉ, *et.al.*, 2007).

Os sujeitos destacaram ainda que o maior número de psicólogos nos hospitais pode não apenas ampliar as possibilidades de intervenção deste em diferentes níveis, mas também atender a demanda hospitalar de modo ininterrupto, com a ampliação da carga horária do serviço de Psicologia no hospital.

De acordo com o estudo realizado por Sá *et.al.*, (2005) sobre o perfil dos psicólogos hospitalares de Recife, 32% dos profissionais entrevistados consideraram a carga horária de trabalho insuficiente para atender a demanda que se apresenta neste contexto. Contudo, os autores não indicam sugestões do que pode ser feito para que ocorram mudanças com relação ao melhor atendimento da demanda hospitalar, mas apenas ressaltam que se mostra necessário uma maior atenção das autoridades governamentais com relação a este aspecto. Um dos fatores que poderia contribuir para o atendimento das necessidades que se apresentam nos hospitais seria a ampliação das possibilidades de inserção do psicólogo neste contexto.

Os sujeitos indicaram a necessidade de ampliar as possibilidades de intervenção do psicólogo no contexto hospitalar, não apenas no que se refere aos níveis de intervenção, mas também no que diz respeito à necessidade de ampliar a atuação naqueles hospitais em que o profissional de Psicologia não está inserido em todos os setores, ou nos casos em que o psicólogo não é contratado formalmente e realiza apenas trabalho voluntário.

Além disso, outro aspecto que pode dificultar a inserção do psicólogo hospitalar, de acordo com a percepção dos sujeitos, é a falta de conhecimento acerca da especificidade de atuação deste profissional neste contexto, o que evidencia a necessidade de maior divulgação da Psicologia Hospitalar.

A percepção dos sujeitos de que há a necessidade de uma maior divulgação da Psicologia Hospitalar diz respeito tanto à realização de pesquisas que registrem as práticas realizadas pelo Psicólogo no contexto hospitalar e divulguem o papel deste profissional nesta área, quanto à postura do próprio psicólogo, o qual pode esclarecer sobre as possibilidades de intervenção no contexto em que atua, contribuindo para a divulgação de sua profissão e conseqüente ampliação de suas práticas.

Uma vez que a Psicologia Hospitalar é um campo de conhecimento relativamente novo e que as publicações científicas brasileiras acerca do tema ainda são escassas, torna-se relevante que os profissionais que atuam nessa área divulguem suas práticas através de pesquisas, ou mesmo no cotidiano de sua profissão (FONGARO E SEBASTIANI, 2003; CAMPOS, 1995), desenvolvendo dentre outras habilidades a capacidade para justificar de modo claro e objetivo os procedimentos técnicos realizados e as especificidades da sua prática no contexto hospitalar (TONETTO e GOMES, 2007).

Além da necessidade de maior divulgação da psicologia hospitalar, a equipe de saúde considerou necessária uma maior interação entre os profissionais de saúde, haja vista que a prática destes profissionais, na maioria das vezes, se dá através de uma interação multidisciplinar. Entretanto, os sujeitos indicaram a necessidade de superação deste modelo para uma prática interdisciplinar, em que os conhecimentos das diversas áreas possam se

complementar em prol do atendimento integral do paciente hospitalizado, ou mesmo do familiar que o acompanha.

Assim, constatou-se que as equipes de saúde que atuam nos hospitais estão, por vezes, despreparadas para atuar de modo interdisciplinar, o que indica a necessidade de mudanças, uma vez que esta forma de organização da equipe poderá promover não apenas a melhoria na assistência ao paciente, contribuindo para a atenção deste de forma mais humanizada, mas também para a melhoria das próprias relações interprofissionais (CREPALDI, 1999).

Deste modo, observou-se que as percepções dos profissionais de saúde que atuam em organizações hospitalares acerca do trabalho do psicólogo neste contexto são complexas, uma vez que são pautadas tanto nas relações de trabalho estabelecidas nas equipes, quanto no conhecimento que os sujeitos possuem a respeito da Psicologia e das possibilidades de intervenção do psicólogo nos hospitais. Assim, ressalta-se que este relato de pesquisa poderá contribuir para a divulgação das especificidades da prática do psicólogo hospitalar, podendo ainda contribuir para melhorias das práticas de profissionais de saúde comprometidos com a humanização e a ética em seu fazer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliane Carnot de. **O psicólogo no hospital geral**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 20, n. 3, set. 2000.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 nov. 2011.

ANDRADE, Carlos Laganá de. “A Psiquiatria e a psicossomática: psicoterapia dos transtornos ansiosos no hospital geral”. In: SPINELLI, Maria Rosa. **Introdução à psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 35-73.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. “A Psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar”. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2010.

BOTOMÉ, Silvio; *et.al.* **Projeto do curso de psicologia da Uniplac**, ?, 2007.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, Heloísa Benevides de Carvalho. “A Significação da psicologia no contexto hospitalar”. In: ANGERAMI - CAMON, Valdemar Augusto (org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002. p. 73-165.

CORDIOLI, Aristides Volpato; *et.al.* “Psicoterapia de apoio”. In: CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CREPALDI, Maria Aparecida. “Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização”. In: **Paidéia**, FFCLRP-USP, Ribeirão Preto, jun./1999. p. 89-94.

FONGARO, Maria Lúcia Hares; SEBASTIANI, Ricardo Werner. “Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral”. In: ANGERAMI - CAMON, Valdemar Augusto. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

GORAYEB, Ricardo. “A Prática da psicologia hospitalar”. In: MARINHO, Maria Luíza; CABALLO, Vicente E. (orgs.). **Psicologia clínica e da saúde**. UEL – Granada: APICSA, 2001.

HISADA, Sueli. **Conversando sobre psicossomática**. São José - SC: Revinter, 2003. Cap. 1, p. 3-5.

ISMAEL, Sílvia Maria Cury. “A Inserção do Psicólogo no contexto hospitalar”. In: ISMAEL, Sílvia Maria Cury (org.). **A Prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBOA, Márcia Lucrécia. “O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios”. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2004.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 nov. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa. “Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família”. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, Dez. 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500012&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 02 Nov. 2011.

OLIVEIRA, Viviane Ziebell de; GOMES, William B. “Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas”. In: **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 9, n. 3, Dez. 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300008&lng=en&nrm=iso>. Acessos em: 02 Nov. 2011.

RODRIGUES, Vitor; HUTZ, Marisa. “O Apoio como fator de mudança nas psicoterapias”. In: CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SA, Adriana Karla Jeronimo Marques de; et al. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, set. 2005.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2011.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. “A Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família”. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 33, n. 3. 2004.

Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/182.pdf>> Acesso em: 04 nov. 2011.

STASSUN, Cristian Caê Seeman; RADTKE, Franciane Meire. “Investigação dos impactos da relação da equipe de saúde perante a família no processo de hospitalização e morte de uma criança na UTI pediátrica e neonatal do hospital regional alto vale”. In: **Revista Caminhos**, Rio do Sul, v. 7, n. 1, p. 111-135, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:OI_2dJHR3pIJ:scholar.google.com/+orienta%C3%A7%C3%A3o+do+psic%C3%B3logo+hospitalar+aos+familiares+para+que+possam+confiar+na+equipe+de+sa%C3%BAde&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5> Acesso em: 02 nov. 2011.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. “A Prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar”. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 24, n. 1. pp. 89-98. jan.-mar. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epc/v24n1/v24n1a10.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2011.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. “O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais”. In: **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 2, jun. 2004.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 nov. 2011.

VENÂNCIO, Juliana Lima. “Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama”. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2004; 50(1): 55-63.

Disponível em: <<http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pcG59KkxMe4J:scholar.google.com/>>



+apoio+psicol%C3%B3gico+e+melhora+no+estado+de+sa%C3%BAde+do+paciente&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5> Acesso em: 02 nov. 2011.

YAMAMOTO, Oswaldo H.; CUNHA, Isabel M.F.F. de Oliveira. “O Psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar”. **Psicologia reflexão e crítica**. Vol. 11, n.02. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.