

SAÚDE COLETIVA E PSICOLOGIA HOSPITALAR: PRÁTICAS COLABORATIVAS QUE VISAM À INTEGRALIDADE DOS CUIDADOS EM SAÚDE¹

 <https://doi.org/10.56238/sevened2025.018-017>

Maria de Fatima Belancieri
Centro Universitário de Adamantina

RESUMO

Este texto aborda, de maneira reflexiva e crítica, a inserção da Psicologia Hospitalar na lógica da Saúde Coletiva, considerando as transformações no modelo assistencial e a centralidade do sujeito em sua complexidade biopsicossocial, destacando-se ainda as práticas colaborativas e interdisciplinares que promovem a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde. A Psicologia Hospitalar é apresentada como uma área essencial para compreender e intervir nos aspectos biopsicossociais do adoecimento, hospitalização e cuidados paliativos, atuando junto a pacientes, familiares e equipes multiprofissionais. Diferencia-se da Psicologia Clínica e da Psicologia da Saúde por seu foco no contexto hospitalar e na articulação com outras áreas da saúde. A atuação interdisciplinar, envolvendo profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, é enfatizada como fundamental para um cuidado humanizado e centrado no paciente. Além disso, o texto discute o impacto do ambiente hospitalar no adoecimento psíquico dos profissionais de saúde, propondo estratégias de promoção de resiliência e saúde mental. Por fim, reforça a importância de práticas éticas e políticas que valorizem a subjetividade, a humanização e a integralidade no cuidado, alinhadas aos princípios do SUS no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Saúde Coletiva. Integralidade. Interdisciplinaridade. Humanização.

¹ Texto-base produzido para a disciplina Atenção à Saúde II: Saúde Coletiva e Psicologia Hospitalar, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Básica do Programa de Pós-Graduação do Centro Universitário de Adamantina/Adamantina/SP.

1 INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Básica representa uma estratégia formativa essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo práticas colaborativas e interprofissionais que visam à integralidade do cuidado. Nesse contexto, a atuação conjunta entre enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas destaca-se como fundamental para a construção de um cuidado centrado no usuário e na comunidade.

Especificamente, neste texto - Saúde Coletiva e Psicologia Hospitalar -, pretende-se abordar de maneira reflexiva e crítica sobre a inserção da Psicologia Hospitalar na lógica da Saúde Coletiva, considerando as transformações no modelo assistencial e a centralidade do sujeito em sua complexidade biopsicossocial. Nesse sentido, compreende-se que os cuidados psicológicos transcendem o atendimento individualizado, assumindo um papel fundamental na promoção da saúde, na escuta qualificada e no apoio ao enfrentamento do adoecimento.

Além disso, destaca-se a importância da atuação das equipes multiprofissionais na atenção psicossocial, reconhecendo a interdependência entre as práticas da Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição para um cuidado mais sensível às necessidades dos usuários hospitalizados (ou não). Este texto, portanto, convida à uma reflexão sobre as possibilidades de um cuidado integral e humanizado, pautado no respeito à singularidade dos sujeitos e na valorização dos saberes e práticas de cada área profissional no contexto hospitalar.

2 PSICOLOGIA HOSPITALAR: BREVE HISTÓRICO E CONCEITOS BÁSICOS

A Psicologia Hospitalar é uma área de atuação que busca compreender e intervir nos aspectos emocionais e comportamentais envolvidos no processo de adoecimento, hospitalização, reabilitação e cuidados paliativos. Seu objetivo é oferecer suporte psicológico a pacientes, familiares e profissionais da equipe de saúde, promovendo cuidado integral.

Assim, essa especialidade em psicologia, visa à compreensão da doença em sua dimensão biopsicossocial, considerando a interdependência e inter-relação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Trata da subjetividade presente em toda e qualquer doença, oferecendo caminhos para uma prática voltada aos usuários, promovendo saúde e bem-estar, ao invés de focar exclusivamente no sintoma ou na doença (CFP, 2019).

Embora inspirada pela Psicologia Clínica, a Psicologia Hospitalar no Brasil constituiu-se como campo específico de atuação a partir de demandas emergentes do contexto hospitalar e do próprio sistema de saúde. Seu desenvolvimento ganhou força especialmente nas décadas de 1970 e 1980, quando se intensificou a presença de psicólogos nos hospitais universitários e em instituições de ensino superior. Esses espaços foram fundamentais para a formação de profissionais e a consolidação de

práticas voltadas para o cuidado psicológico de pacientes em situações de adoecimento (Ribeiro; Dacal, 2012; CFP, 2019).

Nesse período, os psicólogos passaram a ser convocados a intervir em situações complexas que envolviam não apenas o sofrimento psíquico tradicionalmente abordado pela Psicologia Clínica, mas também o impacto emocional do adoecimento, da hospitalização, da dor crônica, do luto e de procedimentos invasivos. A prática passou a exigir a adaptação das técnicas clínicas às exigências do ambiente hospitalar, caracterizado por urgência, brevidade e interdisciplinaridade (CFP, 2019).

A consolidação da Psicologia Hospitalar como campo de saber e prática ocorreu em paralelo a importantes transformações no sistema de saúde brasileiro. A partir da década de 1980, com o movimento da Reforma Sanitária, foi instaurado um novo modelo de atenção à saúde, mais democrático e centrado na integralidade do cuidado. A promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado, favorecendo a inserção de psicólogos como parte das equipes multiprofissionais nos diversos níveis de atenção (Mendes; Lacerda; Barreto, 2020; Belancieri, 2021).

Nesse novo cenário, a Psicologia Hospitalar deixou de ser uma prática isolada e passou a integrar as propostas da Saúde Coletiva, dialogando com os princípios da equidade, da universalidade e da humanização. A atuação do psicólogo hospitalar passou a contemplar não apenas o atendimento direto ao paciente, mas também ações educativas, suporte a familiares, mediação de conflitos e articulação com outras áreas da saúde (Mendes; Lacerda; Barreto, 2020), como, por exemplo, a Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Medicina, Serviço Social, entre outras.

Além disso, a consolidação da área foi impulsionada pela criação de ligas acadêmicas, cursos de especialização, publicações científicas e associações profissionais, como a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, fundada em 1993 e a árdua luta do Sistema Conselhos da Psicologia. Essas iniciativas contribuíram para o reconhecimento da Psicologia Hospitalar como uma área de especialidade, com práticas próprias e uma ética orientada para o cuidado integral do ser humano em situação de vulnerabilidade (CFP, 2019; 2022).

Assim, a Psicologia Hospitalar brasileira é resultado de uma trajetória marcada por lutas institucionais, transformações políticas e avanços teóricos, e se afirma hoje como uma prática fundamental no contexto da atenção hospitalar e da promoção da saúde em sua dimensão biopsicossocial.

2.1 DIFERENÇAS ENTRE PSICOLOGIA CLÍNICA, PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICOLOGIA DA SAÚDE

A Psicologia Clínica, a Psicologia Hospitalar e a Psicologia da Saúde compartilham fundamentos teóricos da Psicologia, mas diferem em seus contextos de atuação, objetivos e abordagens

frente ao sofrimento psíquico e às condições de saúde. Abaixo, destacamos as principais diferenças entre essas três especialidades de acordo com a Resolução nº 23/2022 (CPF, 2022):

A Psicologia Clínica constitui uma das vertentes mais consolidadas da Psicologia, com foco voltado predominantemente para o cuidado individualizado do sofrimento psíquico. Nesta especialidade, em geral, a atuação ocorre em contextos como consultórios particulares, clínicas especializadas ou instituições que se dedicam exclusivamente à prática da psicoterapia. Nesses espaços, o psicólogo clínico estabelece uma relação direta e contínua com o paciente, desenvolvendo um trabalho terapêutico pautado no vínculo, na escuta qualificada e na análise dos processos subjetivos.

O foco da Psicologia Clínica, reside na compreensão e manejo do sofrimento emocional e dos conflitos internos vivenciados pelo sujeito. A ênfase recai sobre os aspectos subjetivos e intrapsíquicos, tais como sentimentos, pensamentos, memórias, fantasias e padrões de comportamento que impactam a saúde mental do indivíduo. Esse modelo reconhece que o sofrimento humano é multifacetado e demanda uma abordagem cuidadosa e personalizada, voltada à escuta e interpretação das experiências internas do sujeito.

Entre os principais objetivos dessa abordagem estão o diagnóstico e o tratamento de transtornos mentais, bem como a intervenção sobre conflitos emocionais e dificuldades relacionais. A psicoterapia é o instrumento terapêutico por excelência, adotando diferentes linhas teóricas — como a psicanálise, a abordagem cognitivo-comportamental, a fenomenologia existencial, entre outras — que orientam a leitura do caso clínico e o plano de tratamento (Dutra, 2004).

O modelo de intervenção adotado é, majoritariamente, centrado na relação terapeuta-paciente. Essa relação é entendida como o espaço privilegiado para a emergência, elaboração e transformação dos conteúdos psíquicos relevantes para o processo de cura ou alívio do sofrimento. O terapeuta, por meio de uma escuta ativa e empática, busca acessar os processos mentais profundos, muitas vezes inconscientes, que contribuem para o sofrimento do paciente, promovendo a ampliação da consciência, a resignificação de experiências e o fortalecimento de recursos internos, visando à autoestima, autonomia e qualidade de vida (CFP, 2022).

Já a Psicologia Hospitalar se desenvolve no contexto dos serviços de saúde, especialmente nos diversos ambientes hospitalares, como enfermarias, unidades de terapia intensiva, ambulatórios, setores de oncologia, pediatria, cuidados paliativos, entre outros. Sua prática está inserida na lógica da atenção integral à saúde, com o objetivo de considerar não apenas os aspectos físicos da doença, mas também as dimensões emocionais, cognitivas e relacionais que emergem no processo de adoecimento (CFP, 2022).

O foco principal da Psicologia Hospitalar é o paciente hospitalizado, mas sua atuação se estende também à rede de apoio desse paciente — familiares, cuidadores e equipe multiprofissional —,

reconhecendo o impacto psicológico que o adoecimento físico e a hospitalização podem provocar em todos os envolvidos. O enfrentamento da doença, os procedimentos médicos invasivos, a mudança abrupta de rotina e, muitas vezes, a ameaça à vida, mobilizam emoções intensas como medo, angústia, tristeza, raiva e sentimentos de impotência, exigindo acolhimento especializado (Santos, 2022).

Dentre os principais objetivos da Psicologia Hospitalar, está o suporte emocional ao paciente durante todo o processo de adoecimento, hospitalização e, em alguns casos, luto antecipatório ou efetivo. O psicólogo atua para favorecer a expressão de sentimentos, promover a escuta empática e facilitar a elaboração emocional das experiências vividas no ambiente hospitalar. Além disso, sua atuação contribui para a melhora da adesão ao tratamento médico, a mediação da comunicação entre paciente, familiares e equipe de saúde, bem como para o manejo de crises subjetivas decorrentes da internação (CFP, 2022).

O modelo de intervenção adotado é predominantemente breve e centrado na situação de crise. Trata-se de um trabalho que exige intervenções pontuais, mas com alto potencial de impacto, voltadas à estabilização emocional e à reorganização psíquica diante de situações inesperadas ou traumáticas. A Psicologia Hospitalar se caracteriza, ainda, por uma atuação integrada à equipe multiprofissional, favorecendo o cuidado interdisciplinar e a construção de condutas terapêuticas compartilhadas. Essa integração permite um olhar ampliado sobre o paciente, promovendo uma abordagem mais humana, ética e eficaz no enfrentamento da doença (CFP, 2019; 2022).

A prática do psicólogo hospitalar exige sensibilidade, escuta qualificada e competência técnica para lidar com a dor, a finitude, as incertezas e os limites impostos pela condição clínica. Sua contribuição é fundamental para que o ambiente hospitalar se torne um espaço mais acolhedor, onde o sofrimento psíquico seja reconhecido e cuidado com a mesma legitimidade que o sofrimento físico.

E a Psicologia da Saúde volta-se para a compreensão e intervenção nos processos relacionados à saúde e à doença, a partir de uma perspectiva ampla, integradora e interdisciplinar. Seu campo de atuação é vasto e diversificado, contemplando espaços como hospitais, unidades básicas de saúde, escolas, empresas e instituições ligadas à formulação e execução de políticas públicas. Nesses diferentes contextos, o psicólogo da saúde trabalha em colaboração com outros profissionais, compondo equipes interdisciplinares que visam ampliar o cuidado para além do modelo biomédico tradicional (Coelho et al., 2013; Belancieri, 2021, CRP, 2022).

De acordo com Matarazzo (1980) a Psicologia da Saúde se refere a um conjunto de contribuições científicas, educacionais e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, identificação da etiologia e diagnóstico dos fatores associados à saúde, doença e disfunções, além da análise do sistema de saúde e formulação de políticas públicas. Esta definição destaca que a Psicologia da Saúde

não é apenas a aplicação da Psicologia Clínica ao ambiente da saúde, mas sim uma área que abrange aspectos mais amplos relacionados à saúde física e mental.

Nesse sentido, o foco da Psicologia da Saúde reside na análise das complexas relações entre saúde e comportamento humano, buscando compreender de que forma aspectos psicológicos, sociais e culturais influenciam o processo de adoecimento e o bem-estar dos indivíduos e coletividades. Assim, sua atuação não se restringe à reabilitação ou ao tratamento de doenças já instaladas, mas investe fortemente em estratégias de prevenção de agravos e na promoção de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida em diferentes fases do ciclo vital (Ribeiro, 2011, CFP, 2022).

Entre seus principais objetivos, destacam-se a identificação e análise dos fatores que contribuem para o surgimento e a manutenção de condições de saúde e doença, bem como o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências, voltadas à saúde coletiva. Isso inclui desde ações de educação em saúde e mudanças no estilo de vida, até o suporte emocional a pacientes com doenças crônicas ou em situação de vulnerabilidade psicossocial (CRP, 2019).

A Psicologia da Saúde adota o modelo biopsicossocial como referencial teórico e prático, reconhecendo que a saúde é resultado da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo sustenta uma abordagem preventiva e promocional, que valoriza o protagonismo do sujeito no cuidado de si e a construção de ambientes mais saudáveis. Frequentemente, essas práticas estão inseridas em políticas públicas de saúde, o que reforça o compromisso social e ético da Psicologia com a transformação das condições de vida da população e a redução das iniquidades em saúde (CRP, 2019; 2022; Belancieri, 2021).

2.2 INTERFACES COM O SUS

A atuação do psicólogo hospitalar está profundamente alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às diretrizes da Saúde Coletiva, especialmente no que se refere aos pilares da Universalidade, integralidade e equidade.

O princípio da universalidade estabelece que o acesso aos cuidados psicológicos deve ser garantido a todos os indivíduos que deles necessitem, sem qualquer forma de discriminação. Assim, a escuta qualificada e o acolhimento dos aspectos subjetivos do sofrimento devem estar disponíveis em todos os níveis de atenção hospitalar — desde a triagem e internação até o acompanhamento de alta e os cuidados paliativos (Brasil, 2010).

Já a integralidade implica uma abordagem ampliada do cuidado, em que o psicólogo não deve se restringir aos sintomas ou à queixa imediata, mas considerar o sujeito em sua totalidade — corpo, mente, história de vida, vínculos sociais e culturais. Essa perspectiva exige articulação com os demais profissionais da equipe de saúde e reconhecimento das dimensões emocionais, relacionais e existenciais que atravessam o processo de adoecimento. A escuta clínica deve ser sensível às

singularidades e aos múltiplos sentidos atribuídos pelo paciente à experiência da doença e da hospitalização (Brasil, 2009; 2010).

A equidade, por sua vez, exige do psicólogo uma postura ética e crítica diante das desigualdades sociais que atravessam os processos de saúde-doença. O cuidado psicológico deve ser orientado pelo reconhecimento das condições de vulnerabilidade dos sujeitos — sejam elas econômicas, raciais, de gênero, geracionais ou relativas ao acesso a direitos — e pela busca ativa de estratégias que reduzam essas iniquidades. Isso significa adaptar as intervenções clínicas ao contexto social do paciente, promovendo cuidados acessíveis, culturalmente sensíveis e efetivamente inclusivos (Ayres, 2009; Dimenstein, 2001).

No ambiente hospitalar, o psicólogo atua em conjunto com outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e médicos, compondo equipes multiprofissionais voltadas à atenção integral. Essa atuação colaborativa é essencial para o enfrentamento das demandas complexas que envolvem o sofrimento humano em contextos de hospitalização, como o impacto emocional do diagnóstico, a vivência da dor, o luto, a adesão ao tratamento e o enfrentamento da finitude (Azevedo; Crepaldi, 2016). Ao lado desses profissionais, o psicólogo deve levar em conta os determinantes sociais da saúde, reconhecendo que fatores como moradia, alimentação, acesso à educação, vínculos afetivos e suporte comunitário interferem diretamente no modo como o paciente adoece, vive e morre (Belancieri, 2021).

Dessa forma, a atuação do psicólogo hospitalar deve transcender a lógica biomédica tradicional, incorporando os princípios da clínica ampliada e da humanização do cuidado, conforme preconizam as políticas públicas de saúde brasileiras. A escuta, o vínculo, a comunicação ética e o cuidado centrado no sujeito tornam-se estratégias fundamentais para a construção de práticas comprometidas com a saúde como um direito universal e com a subjetividade como dimensão legítima do cuidado (Zurba, 2011).

2.3 PSICOLOGIA HOSPITALAR E SAÚDE COLETIVA

Na perspectiva da Saúde Coletiva, a Psicologia Hospitalar assume um papel ampliado, integrando o cuidado individual à compreensão das dinâmicas coletivas e institucionais do hospital. Essa abordagem está em consonância com os princípios do SUS e das políticas de humanização do cuidado, promovendo práticas interdisciplinares e ético-políticas centradas na integralidade da atenção (Brasil, 2009; 2010).

O psicólogo hospitalar, nesse contexto, não atua apenas na escuta do paciente em sofrimento psíquico, mas também participa de ações educativas em saúde, contribui com discussões clínicas junto à equipe multiprofissional, desenvolve estratégias de apoio a profissionais de saúde em sofrimento emocional e promove a humanização do ambiente hospitalar como espaço relacional, acolhedor e

respeitoso às subjetividades. Esse posicionamento está alinhado à proposta da Clínica Ampliada, formulada pelo Ministério da Saúde, que propõe a integração entre saberes e o reconhecimento das múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença (Brasil, 2009).

Trata-se, portanto, de uma prática, na qual o psicólogo reconhece a inseparabilidade entre cuidado clínico e o compromisso social. A atuação hospitalar não pode ser neutra ou meramente técnica, pois envolve decisões que impactam diretamente as formas de viver, sofrer e morrer das pessoas atendidas. Assim, o psicólogo deve incorporar uma postura crítica e reflexiva, articulando sua escuta à realidade concreta dos sujeitos — marcada por desigualdades sociais, étnico-raciais, de gênero e acesso a direitos (CFP, 2019; Ayres, 2009).

No âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, essa abordagem ganha ainda mais relevo. O campo hospitalar é compreendido como território privilegiado para a formação de profissionais comprometidos com um modelo de saúde interdisciplinar, inclusivo e integral. A Psicologia Hospitalar, nesse contexto, propõe-se a formar residentes com base em princípios como a integralidade do cuidado, a transversalidade das ações, o acolhimento às diversidades e a defesa intransigente dos direitos humanos. Isso implica uma formação que articula o conhecimento técnico-científico à escuta sensível, à responsabilidade ética e à análise crítica das instituições e das políticas públicas de saúde (Brasil, 2006; Brasil, 2012).

Dessa forma, a Psicologia Hospitalar, quando praticada sob a ótica da Saúde Coletiva, contribui para a construção de um cuidado mais sensível às necessidades dos sujeitos, mais dialógico e horizontal no espaço institucional, e mais comprometido com a produção de saúde enquanto direito social e construção coletiva.

3 A SAÚDE COLETIVA NO HOSPITAL: CONTRADIÇÕES E POSSIBILIDADES

A presença da Saúde Coletiva no espaço hospitalar constitui, por si só, um campo de tensões, contradições e potências. Tradicionalmente, os hospitais foram organizados sob uma lógica hospitalocêntrica, centrada na doença, na tecnificação das práticas e pela fragmentação do cuidado. Essa lógica prioriza intervenções biomédicas, com foco na resolução imediata de agravos clínicos, frequentemente reduzindo o sujeito à sua condição patológica e invisibilizando suas dimensões subjetivas, sociais e culturais (Merhy, 2014; Silva, 2005).

Nesse modelo, o saber biomédico assume posição hegemônica, influenciando tanto a divisão técnica do trabalho quanto a hierarquização entre os profissionais da saúde. A clínica, nesse contexto, tende a ser restrita ao corpo biológico, desconsiderando os múltiplos determinantes que incidem sobre o processo saúde-doença-cuidado (Merhy, Franco, 2008). A tecnologia dura (equipamentos, exames, procedimentos) frequentemente se sobrepõe à tecnologia leve, representada pela escuta, pelo vínculo e pelo acolhimento (Rodrigues et al., 2024).

Em contraste, a Saúde Coletiva propõe uma lógica ampliada de atenção, fundamentada na noção de que o cuidado à saúde ultrapassa o biológico e incorpora dimensões sociais, econômicas, ambientais e políticas da existência humana. Essa abordagem valoriza a integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade, o protagonismo do sujeito e a participação social como princípios orientadores das práticas em saúde (Ayres, 2009; Pinheiro; Guizardi, 2006).

Ao adentrar o hospital, a Saúde Coletiva tensiona o modelo tradicional ao propor outras formas de ver, compreender e intervir sobre o sofrimento humano. Introduce práticas como discussões clínicas ampliadas, ações educativas em saúde, apoio matricial às equipes, escuta qualificada a profissionais em sofrimento e intervenções que consideram o território e a história de vida dos pacientes (Brasil, 2009; 2010).

Nesse sentido, emerge uma contradição fundamental: como garantir práticas integrais, humanizadas e equitativas em um espaço historicamente estruturado para a tecnificação, a normatização e o controle da vida? Essa tensão revela não apenas os limites institucionais, mas também as possibilidades de transformação das práticas, sobretudo quando a equipe se mobiliza para construir espaços de cuidado compartilhado e escuta coletiva.

A presença da Saúde Coletiva no hospital pode atuar como dispositivo de mudança institucional, contribuindo para deslocar o olhar centrado na doença para um cuidado mais vinculado à subjetividade, ao território e à produção de autonomia. Iniciativas como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, os Projetos Terapêuticos Singulares e as experiências de residências multiprofissionais em saúde têm evidenciado o potencial dessas práticas para provocar deslocamentos na lógica do cuidado hospitalar (Brasil, 2009; Brasil, 2006).

Trata-se, portanto, de uma disputa de sentidos sobre o que é cuidar em saúde. A Saúde Coletiva, ao se fazer presente no hospital, abre espaço para que novas práticas surjam; práticas que reconheçam a complexidade dos sujeitos e que resistam à homogeneização técnica do cuidado. Mesmo em um ambiente marcado por controle e normatividade, é possível afirmar a potência de uma clínica ampliada, ética, sensível e politicamente comprometida com a vida.

3.1 A SAÚDE COMO DIREITO E OS DETERMINANTES SOCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

O hospital, enquanto equipamento público de saúde, é um dos espaços onde se concretiza (ou não) o princípio da saúde como direito universal, garantido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). A atuação das equipes multiprofissionais nesse espaço deve estar alinhada com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Reconhecer a saúde como direito, implica compreender os determinantes sociais da saúde no contexto hospitalar, visto que os pacientes chegam ao hospital carregando histórias marcadas por

desigualdades — falta de acesso a serviços, habitação precária, insegurança alimentar, violências estruturais, entre outros. Esses determinantes continuam agindo mesmo dentro do hospital, influenciando o acesso, a adesão ao tratamento, o tempo de internação e as condições de alta (Belancieri, 2021).

A presença da Saúde Coletiva no hospital exige, portanto, um olhar atento e sensível às condições de vida dos pacientes, e isso envolve a articulação com redes de atenção, o diálogo com os territórios de origem dos usuários, e a valorização dos aspectos subjetivos e sociais do cuidado.

3.2 VULNERABILIDADES E ATENÇÃO INTEGRAL

A noção de vulnerabilidade é um conceito central na prática da Saúde Coletiva, especialmente no contexto hospitalar, onde as fragilidades humanas se expressam de modo intenso e multifacetado. A vulnerabilidade hospitalar manifesta-se em dimensões físicas (doença, dor, dependência), emocionais (medo, solidão, ansiedade), sociais (desigualdades, exclusão, precarização) e institucionais (burocratização, desumanização, tecnificação do cuidado). Reconhecer essas formas de vulnerabilidade é essencial para que os profissionais e residentes em saúde possam construir uma atenção integral, sensível e comprometida com o direito à saúde e à dignidade.

No campo da formação em saúde, especialmente para residentes das áreas de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, esse reconhecimento implica uma postura ativa e transformadora. Trata-se de ir além da resposta clínica tradicional e incorporar práticas que considerem o sujeito em sua totalidade biopsicossocial. Nesse sentido, Ayres (2009) e Campos e Guerreiro (2008), ressaltam que a escuta qualificada, o acolhimento e a análise contextual dos determinantes sociais da saúde tornam-se dispositivos essenciais para uma prática efetivamente humanizada.

A atuação em equipe multiprofissional é outro pilar dessa proposta, fundamentada na valorização da interdisciplinaridade e na horizontalidade das relações de trabalho. Tal abordagem reconhece os diferentes saberes profissionais como complementares, potencializando o cuidado integral. A articulação entre os membros da equipe, especialmente no planejamento da alta hospitalar e na vinculação com os serviços da Atenção Básica, é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e evitar reinternações evitáveis (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016).

Nesse contexto, a inserção da Saúde Coletiva no hospital não deve ser vista como um deslocamento meramente assistencial, mas como uma oportunidade formativa profundamente ética e política. Os residentes são convocados a articular conhecimento técnico-científico com o compromisso com a equidade, a justiça social e o fortalecimento do SUS. Trata-se de uma clínica que se coloca como espaço de escuta, vínculo e resistência frente aos processos de medicalização e fragmentação do cuidado (Brasil, 2006; Pinheiro; Guizardi, 2006).

Assim, ao reconhecer e intervir nas diversas dimensões da vulnerabilidade, os profissionais da saúde reafirmam o cuidado como prática ética, transformadora e comprometida com a vida em sua complexidade.

4 ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NO CUIDADO PSICOSSOCIAL

O cuidado psicossocial, especialmente no contexto hospitalar e em outros níveis de atenção à saúde, demanda uma abordagem ampliada que vá além da compartimentalização dos saberes. Trata-se de reconhecer que os processos de adoecimento e de cuidado são complexos, atravessados por dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e institucionais. Nesse cenário, a atuação interdisciplinar não é apenas desejável — é uma exigência ética e técnica para garantir a integralidade do cuidado, um dos princípios fundantes do SUS (Giacomini; Rizzotto, 2022).

Segundo os autores, a interdisciplinaridade no cuidado psicossocial não se limita à justaposição de diferentes profissionais em um mesmo espaço. Ela supõe a construção de um diálogo ativo, colaborativo e ético entre os diferentes campos do saber, orientado pelas necessidades singulares dos sujeitos. Esse processo demanda escuta, negociação e corresponsabilização entre os membros da equipe, o que permite construir planos terapêuticos compartilhados, mais adequados às condições reais de vida dos usuários.

A perspectiva interdisciplinar está fortemente vinculada aos princípios da clínica ampliada, que propõe uma prática clínica baseada na valorização das dimensões subjetivas, sociais e culturais do adoecimento (Brasil, 2009; Campos; Guerreiro, 2008). Essa abordagem permite romper com a fragmentação típica dos modelos biomédicos tradicionais, possibilitando intervenções mais eficazes, humanas e contextualizadas.

Essa prática se traduz em ações concretas como: a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares; o uso de tecnologias leves (como a escuta qualificada e o vínculo); a problematização dos determinantes sociais da saúde; e a valorização das narrativas dos usuários como parte legítima do processo terapêutico (Brasil, 2009).

O trabalho interdisciplinar também tem um papel fundamental na formação em saúde, particularmente em contextos de residência multiprofissional. Nele, os residentes aprendem a lidar com a complexidade real do cuidado, desenvolvendo competências colaborativas, reflexivas e críticas. Como destaca Luz (2009), essa formação exige que os profissionais abandonem posições de saber absoluto e se abram à construção coletiva do cuidado, reconhecendo os limites e potências de suas práticas.

Nesse sentido, a atuação interdisciplinar no cuidado psicossocial é mais do que uma técnica de gestão de equipes: é uma prática ética-política que coloca o sujeito — e não a doença — no centro do

processo de cuidado. É nesse espaço que se fortalece o SUS como projeto de saúde e cidadania, e se afirma a saúde como direito de todos e dever do Estado.

4.1 CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA, ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO PARA O CUIDADO PSICOSSOCIAL

Cada área do campo da saúde traz contribuições únicas para o cuidado psicossocial, como por exemplo:

a) Fisioterapia: atua significativamente para os cuidados psicossociais ao promover melhora na saúde mental, física e social. Ao utilizar técnicas como a musicoterapia, pilates entre outras, auxiliam na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade, promovendo o alívio da dor. Ao facilitar a reintegração corporal e funcional, contribui de maneira significativa para a autoestima, o bem-estar emocional e o enfrentamento do adoecimento. O fisioterapeuta também promove a socialização, reduzindo o isolamento, além de fortalecer vínculos interpessoais, inclusive, com o próprio paciente, por meio da escuta durante a realização dos atendimentos, o que favorece a construção de um cuidado humanizado (Souza Neta et al., 2023). Segundo os autores, as atividades físicas realizadas em grupo ajudam a prevenir o declínio motor e cognitivo, além de melhorar a qualidade do sono e reduzir a fadiga.

Como se observa, não se tratam apenas de problemas físicos, mas a fisioterapia também influencia positivamente o estado psicológico e social dos indivíduos, promovendo uma melhor qualidade de vida e integração na sociedade.

b) Enfermagem: tem papel central na continuidade e coordenação do cuidado. A presença constante do enfermeiro no cotidiano do paciente favorece o acolhimento de demandas emocionais, o manejo de crises, o reconhecimento de vulnerabilidades psicossociais e a articulação com outras áreas. A escuta ativa e o vínculo construído pela enfermagem tornam-se potentes ferramentas de cuidado, promovendo a participação ativa do indivíduo no processo terapêutico (Villela; Scatena, 2004).

Além disso, segundo Silva et al. (2024) ao planejar cuidados individualizados (Projeto Terapêutico Singular) a enfermagem pode favorecer a reabilitação psicossocial e a inclusão social, promover mudanças comportamentais, interação e gerenciamento de emoções, fortalecendo a autoestima do paciente.

A superação de práticas ultrapassadas e hospitalocêntricas, promovendo ações psicossociais que vão além do modelo biomédico, visam garantir uma assistência humanizada, integral e focada nos cuidados psicossociais, promovendo maior autonomia, qualidade de vida e inserção social dos pacientes.

c) Nutrição: compreende o alimento não apenas como insumo biológico, mas como elemento cultural, afetivo e identitário. A escuta nutricional deve considerar restrições alimentares, hábitos culturais, condições socioeconômicas e sofrimento psíquico que impactam na relação do paciente com a comida. O cuidado nutricional humanizado acolhe a subjetividade do comer, promovendo autonomia e melhora das condições de saúde e qualidade de vida. Além disso, práticas que incentivam mudanças nos hábitos alimentares, promovendo o autocuidado e aumentando a autoestima dos usuários, permitem escolhas alimentares mais conscientes (Sauceda et al, 2017). Assim, a Nutrição integrada ao trabalho multiprofissional, contribui para o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, promovendo um cuidado integral e humanizado.

Essas práticas se complementam, e sua articulação interdisciplinar amplia as possibilidades de cuidado, principalmente diante de situações de sofrimento emocional, adoecimento crônico, terminalidade, dependência funcional e vulnerabilidade social.

4.2 PRÁTICAS COLABORATIVAS E CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

A lógica tradicional de atenção à saúde, marcada pela fragmentação das ações e pela hierarquização dos saberes, tem sido cada vez mais questionada no campo da Saúde Coletiva. Em seu lugar, emergem práticas colaborativas, que propõem a superação de modelos verticalizados de cuidado. Nessa perspectiva, o cuidado não é mais algo que se faz para o paciente, mas com ele, reconhecendo sua autonomia, singularidade e capacidade de decisão sobre o próprio processo de saúde e doença (Mattos, 2009).

As práticas colaborativas pressupõem uma abordagem interdisciplinar e dialogada, em que diferentes saberes profissionais se encontram em uma lógica de horizontalidade. Esse modelo favorece a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares e a corresponsabilização entre os membros da equipe e os usuários, o que fortalece vínculos e amplia a resolutividade das ações em saúde (Agreli; Peduzzi; Silva, 2016; Brasil, 2009).

O cuidado centrado no paciente, por sua vez, constitui uma diretriz fundamental no SUS e implica em considerar o sujeito em sua totalidade – biológica, psicológica, social e cultural. Trata-se de escutar e valorizar sua narrativa, compreender seus valores, seu contexto de vida e promover sua participação ativa nas decisões que envolvem seu cuidado. Tal abordagem exige tempo, escuta qualificada e compromisso ético com o respeito à autonomia e à dignidade humana (Merhy; Franco, 2008; Campos; Guerreiro, 2008).

A articulação entre diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde é condição indispensável para que esse cuidado se concretize de forma integral e contínua. A integração entre atenção básica,

média e alta complexidade, serviços de apoio e ações comunitárias fortalece o cuidado longitudinal e evita a fragmentação das práticas, especialmente em contextos hospitalares, onde os riscos de descontinuidade do cuidado são mais acentuados (Pinheiro; Guizardi, 2006).

4.3 ESCUTA QUALIFICADA, VÍNCULO E HUMANIZAÇÃO

A escuta qualificada constitui outro pilar essencial das práticas em saúde orientadas pelos princípios da humanização. Mais do que ouvir o que é dito, trata-se de um exercício de presença ética, empática e ativa, que busca reconhecer o outro em sua singularidade, acolher seu sofrimento e legitimar seus modos de expressão (Ayres, 2009; Brasil, 2009; 2010). A escuta qualificada cria um espaço de confiança onde o paciente pode expressar suas necessidades emocionais, sociais e clínicas, favorecendo o cuidado integral.

O vínculo terapêutico, por sua vez, é construído na relação cotidiana entre profissionais e usuários. Ele não emerge de forma espontânea, mas é fruto de práticas consistentes que envolvem respeito, cuidado, sensibilidade e compromisso com o outro (Merhy; Franco, 2008). O vínculo permite que os profissionais de saúde acessem dimensões subjetivas que muitas vezes escapam aos protocolos técnicos, ampliando as possibilidades de compreensão e intervenção.

A Política Nacional de Humanização, instituída pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009; 2010), propõe que a humanização do cuidado seja entendida como uma diretriz transversal à atenção e à gestão em saúde, baseada na valorização das relações, no fortalecimento do protagonismo dos sujeitos e na corresponsabilização pelo cuidado. Nesse sentido, a humanização não é uma mera suavização do atendimento, mas uma postura ética e política que reconhece os sujeitos em sua complexidade e busca construir processos mais democráticos e respeitosos no campo da saúde (Deslandes, 2019).

Em contextos como o hospitalar, marcados por intensas exigências técnicas e emocionais, a escuta, o vínculo e a humanização ganham ainda mais relevância. Eles se configuram como dispositivos clínico-políticos que podem contribuir para a transformação das práticas institucionais, aproximando o cuidado à vida real dos sujeitos.

5 O ADOECIMENTO PSÍQUICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

O ambiente hospitalar, embora voltado essencialmente ao cuidado dos pacientes, tem se configurado também como um espaço crítico de adoecimento para os profissionais da saúde. A rotina hospitalar é marcada por múltiplas tensões, que se intensificam diante de fatores como sobrecarga de trabalho, vínculos precários, pressão por produtividade, e exposição constante à dor, ao sofrimento e à morte. Esses elementos contribuem significativamente para o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde.

No contexto específico da enfermagem, pesquisas realizadas por Belancieri e Cappo-Bianco (2004) e Belancieri (2005) em um hospital universitário revelaram que 40% dos profissionais apresentavam sintomas de estresse. Os principais fatores estressores identificados foram: o controle institucional excessivo, dificuldades nas relações interpessoais, desrespeito à ética profissional, atividades rotineiras e repetitivas, além de sobrecarga de pacientes. Esses fatores estavam associados a sintomas psicossomáticos autoatribuídos, como dores musculares, distúrbios gastrointestinais, insônia e fadiga crônica.

Os estudos também dialogam com o modelo de Lipp (2004), que descreve as fases do estresse - alerta, resistência e exaustão. Foi observado que uma parcela significativa dos profissionais se encontrava na fase de resistência, caracterizada por sintomas psicológicos como irritabilidade, ansiedade e dificuldades de concentração.

Estudos mais recentes apontam uma elevação expressiva na prevalência de transtornos como burnout, ansiedade, depressão, sofrimento moral e insônia entre esses profissionais, sobretudo após cenários de alta demanda, como o enfrentamento da pandemia de COVID-19 (Belancieri; Bellini, 2022; OMS, 2022). As consequências desse quadro incluem desgaste físico e emocional, absenteísmo e, em casos extremos, o abandono da profissão.

As particularidades de cada categoria profissional agravam ainda mais esse cenário: os enfermeiros, enfrentam jornadas exaustivas, instabilidade nos vínculos empregatícios e uma carga emocional intensa, decorrente do contato direto e constante com o sofrimento dos pacientes, sem que exista um suporte emocional contínuo e política de redução de danos (Ampos, 2023). Os fisioterapeutas lidam com a complexidade da reabilitação de pacientes graves, sendo exigido um manejo emocional sensível frente à dor crônica e às limitações funcionais (Trevisan; Benatti; Cruz, 2022). E os nutricionistas, muitas vezes invisibilizados no contexto hospitalar, vivenciam múltiplas cobranças institucionais, escassez de recursos e pouco reconhecimento de seu papel terapêutico, resultando em sintomas de depressão e ansiedade (Silva et al., 2023).

Para aprofundar tais achados e buscar estratégias para o fortalecer a capacidade de enfrentamento do estresse proveniente do ambiente de trabalho, Belancieri (2011) e Belancieri e Kahhale (2011a; 2011b), exploraram a relação entre estresse, resiliência e qualidade de vida de profissionais da área da Enfermagem da rede pública de saúde, confirmando-se o índice de estresse psicológico, crescendo-se níveis médios de resiliência e uma qualidade de vida considerada abaixo do ideal. As autoras destacam a importância da promoção da resiliência como estratégia fundamental para enfrentar as adversidades inerentes aos cuidados em saúde.

A resiliência, compreendida como a capacidade de enfrentamento das situações desafiadoras e de superação das adversidades, não é inata; pode ser desenvolvida ao longo da vida, a partir de experiências e apoio adequados. Entre os fatores que favorecem seu desenvolvimento estão: a

construção de relações interpessoais positivas com colegas e supervisores, a consciência dos próprios limites e emoções, a busca por sentido no trabalho, e a flexibilidade diante das mudanças (Belancieri et al., 2010; Belancieri; Kahhale, 2011b).

Dessa forma, a promoção da resiliência entre os profissionais de saúde exige ações multidimensionais, como programas de apoio psicológico, oferecendo espaços seguros para expressão emocional e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento; capacitação profissional, com treinamentos que abordem habilidades de comunicação, gestão do estresse e autocuidado, além de políticas institucionais, que valorizem o bem-estar dos profissionais de saúde.

Para enfrentar esse cenário, será necessário a implementação de ações integradas e contínuas de promoção da saúde mental, com participação ativa da Psicologia Hospitalar, das equipes de gestão e dos próprios profissionais de saúde.

Entre as ações recomendadas, de acordo com Belancieri e Kahhale (2011b), destacam-se os grupos de reflexão e as rodas de escuta ativa, que possibilitam o compartilhamento de experiências, o acolhimento mútuo e o fortalecimento dos vínculos entre colegas. Além disso, o acompanhamento psicológico institucionalizado garante acesso a atendimentos clínicos individuais e suporte emergencial quando necessário. Os programas de prevenção ao burnout também se mostram essenciais, com foco em ações educativas voltadas à gestão do estresse, comunicação não violenta e práticas regulares de autocuidado.

Outro aspecto relevante, segundo as autoras, se refere a criação de espaços de descanso e decompressão emocional, que valorizem as pausas como parte integrante da preservação da saúde mental durante a jornada de trabalho. A supervisão clínica e institucional também desempenha papel central ao oferecer momentos estruturados de reflexão sobre a prática profissional, os dilemas éticos e o sofrimento moral vivenciado no cotidiano hospitalar. Soma-se a isso a importância de políticas de valorização profissional e reconhecimento institucional, que fortalecem a autoestima e o senso de pertencimento dos trabalhadores. Por fim, a atuação de comissões internas de humanização, com participação ativa dos profissionais, contribui para a construção de ambientes mais saudáveis, colaborativos e inclusivos.

Essas ações devem ser sustentadas por políticas públicas e institucionais que valorizem o trabalho em saúde, assegurando condições adequadas de exercício profissional para prevenir o adoecimento mental. Além disso, é fundamental que as estratégias de cuidado considerem as especificidades de cada categoria profissional.

Diante dessa realidade, torna-se fundamental promover o cuidado integral aos profissionais da saúde, em consonância com os princípios da humanização e da Saúde Coletiva. O cuidado em saúde não pode se restringir ao paciente. Cuidar de quem cuida é uma premissa ética, política e institucional. Ao reconhecer o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde e investir em estratégias de promoção

de sua saúde mental, fortalece-se não apenas o bem-estar desses trabalhadores, mas também a qualidade da atenção prestada aos usuários e a sustentabilidade dos serviços de saúde (Belancieri, 2011a).

Ante ao exposto, observa-se que a Psicologia Hospitalar, quando orientada pelos princípios da Saúde Coletiva, revela-se uma potente ferramenta de intervenção, capaz de promover cuidado integral tanto aos usuários quanto aos trabalhadores da saúde. Ao reconhecer o hospital como espaço vivo, plural e contraditório, o psicólogo torna-se agente de articulação entre o sofrimento individual e as lógicas institucionais, colaborando para a construção de práticas mais justas, solidárias e humanizadas.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.
- AMPOS, Larissa Fonseca et al. Implicações da atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19: exaustão emocional e estratégias utilizadas. *Esc Anna Nery*, v. 27, e20220302, 2023. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0302>ptAYRES, José Ricardo C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. (Clássicos para integralidade em saúde).
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>.
- AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>.
- BELANCIERI, Maria de Fátima; CAPPO BIANCO, Maria Helena Borgato. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 124-131, 2004.
- BELANCIERI, Maria De Fatima. *Enfermagem: Estresse e repercussões psicossomáticas*. Bauru, Sp: Edusc, 2005.
- BELANCIERI, Maria de Fátima BELUCI, Marli Luiz; SILVA, Daniela Vitti Ribeiro da; GASPARELO, Ederli Aparecida (2010). A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, v. 27, n.2, 2010. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7143>. Acesso em: 03 mai. 2025.
- BELANCIERI, Maria de Fátima. Estresse, resiliência e qualidade de vida dos trabalhadores da área da enfermagem da rede pública de saúde. *Extensão em Foco*, Curitiba, n. 7, p. 21-30, 2011.
- BELANCIERI, Maria de Fátima; KAHHALE, Edna Maria S. P. A Saúde do cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*. v.15, n.1 p. 121-128, jan./mar., 2011a.
- BELANCIERI, Maria de Fátima; KAHHALE, Edna Maria S. P. Promoção de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade. Curitiba, PR: Editora CRV, 2011b.
- BELANCIERI, Maria de Fátima. Psicologia da Saúde: práticas em saúde e qualidade de vida. In: BELANCIERI, Maria de Fátima; CARDOZO, Magda Arlete Vieira Multiplicidades e desdobramentos da atuação em psicologia da saúde. Curitiba: CRV, 2021, p. 11-20.
- BELANCIERI, Maria de Fátima; BELLINI, Márcia Zilioli. Saúde e Covid-19: estudos e práticas multiprofissionais em tempos de pandemia. Curitiba: CRV, 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 02 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p. 24-25.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires. (Org.). Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

COELHO, Daniela de Souza; DELÁZARI, Marina Zulian; PREVIATTO, Thainá Dejavite; BELANCIERI, Maria de Fátima; TABAQUIM, Maria de Lourdes Merighi. Psicologia hospitalar: um relato de Experiência em hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais. Mimesis, Bauru, v. 34, n. 1, p. 19-44, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. Resolução CFP nº 23, de 13 de outubro de 2022. Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas. Brasília, DF: CFP, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-23-de-13-de-outubro-de-2022-437945688>. Acesso em: 01 mai. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2019.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. <https://doi.org/10.7476/9788575413296>.

DIMENSTEIN, M. D. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 6, n. 2, pp. 57-63, 2001.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. Estudos de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 381-387, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7dTyvpTbPQW9XfFsgk4shcn/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

GIACOMINI, Eduardo; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Interdisciplinaridade nas práticas de cuidado em saúde mental: uma revisão integrativa de literature. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 261-280, 2022.

LIPP, Marilda E. Novaes (Org.). Stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas: Ed. Papirus, 2004.

LUZ, Madel. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MATARAZZO, Joseph D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, n. 35, p. 807-817, 1980.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (Orgs.). Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2009, p. 43-68.

MENDES, Bruno Henrique; LACERDA, Jefferson Reis; BARRETO, Andréia Cristina. *Psicologia Hospitalar e Políticas Públicas de Saúde: uma análise do fazer da psicologia nos hospitais do SUS*. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* v. 14, n. 53, p. 1173-1188, 2020.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 427-432. Disponível em: <http://dspace.unisa.br/handle/123456789/521>. Acesso em: 02 mai. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 02 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=Pandemia%20de%20COVID%2D19%20desencadeia,Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%2DAmericana%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 mai. 2025.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e prática do cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 23-38.

RIBEIRO, José Luís Pais Ribeiro. A Psicologia da Saúde. In: ALVES, Railda Fernandes (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 23-64. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 01 mai. 2025.

RIBEIRO, José Carlos Santos; DACAL, Maria Del Pilar Ogando. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*, v. 15 n. 2, Rio de Janeiro, 2012.

RODRIGUES, Kamilla da Silva; CRUZ, Aliny Nunes da; PEREIRA, Helena Isaura Fernandes; BARROS, Bruna Keiko Yoshino; RANGEL, Ana Raquel Florindo Mateus; COSTA, Râmela Lana; ALENCAR, Rafael Teshima de; VASCONCELOS, Rosane Maria Andrade. As Tecnologias Leves: percepção dos profissionais de enfermagem e dos usuários do centro de oncologia. *Revista Nursing* [online], 2024. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/0228315>. Acesso em: 02 mai. 2025.

SANTOS, Juliana Soares Laudelino. Atuação do psicólogo hospitalar diante da tríade paciente - família - equipe de saúde. *Gep News*, Maceió, v. 6, n. 3, p. 44-49, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/14689>. Acesso em: 30 abr. 2025.

SAUCEDA, Mariana; DORNELES, Rui Carlos Gomes; SPAGNOL, Karina Zubiaurre Pereira; LOURENÇO, Pablo; BUENO, Lidiele Roque; ALMEIDA, Karina Sanches Machado D. Ações de educação nutricional no âmbito da saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. Anais... 9º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão - SIEPE, 2017. https://guri.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/14396/seer_14396.pdf

SILVA, Sávio Mavíael Miranda; BRITO, Davi Batista de; GUIMARÃES, Esther Alves; SILVA, José Álvaro Freitas; LIMA, Williane Vitória Santos de; COSTA, Francicleia Bezerra de Moraes; FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; PAULINO, Germano de Sousa. O contexto assistencial da enfermagem na reabilitação psicossocial do paciente. Revista Foco, Curitiba (PR), v. 17, n. 1, p. 01-15, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n1-191.

SILVA, Laura Belluzzo de Campos. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. Revista do Departamento de Psicologia-UFF, v. 17 - nº 1, p. 79-92, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdpsi/a/k8LSQz3zdMrtfNJy9zCwxSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2025.

SILVA, Daniela Alves; OLIVEIRA, Tatiana Coura; ABRANCHES, Monise Viana; MIRANDA, Raquel Ferreira; VIANA, Maria Carmen. Fatores associados à depressão e ansiedade em nutricionistas na pandemia por COVID-19. Saúde e Pesquisa, v. 16, n. 4, p. 1-27, 2023. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11845>

SOUZA NETA, Maria Eliza Montenegro de, SILVA, Millena Macena Feitosa da, Ferreira, Analice Lucas, CRUZ, Camila Queiroz, Araujo, Eva Jeminne Luciana. Contribuições da fisioterapia na saúde mental de idosos: revisão integrativa. Revista Coopex., v. 14, n. 2, p. 1737-1750, 2023. <https://doi.org/10.61223/coopex.v14i2.234>.

TREVISAN, Iara Buriola; BENATTI, Leandra Navarro; CRUZ, Mayara Moura Alves da. Impactos da pandemia da Covid-19 na prática fisioterapêutica. In: BELANCIERI, Maria de Fátima; BELLINI, Márcia Zilioli. Saúde e Covid-19: estudos e práticas multiprofissionais em tempos de pandemia. Curitiba: CRV, 2022, p. 71-94.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes Scatena. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Rev Bras Enferm, v. 57, n. 6, p. 738-41, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600022>.

ZURBA, Magda do Canto. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. Psicologia & Sociedade, v. 23, n. esp., p. 5-11, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/d9P9s6KSnY7TJRWhpnx8YBx/abstract/?lang=pt>. Acesso em 01 mai. 2025.