

## Relato de experiência

### À luz da constituição e produção do racismo: a psicologia hospitalar tem cor?

### In the light of the constitution and production of racism: does hospital psychology have color?

### A la luz de la constitución y la producción de racismo: ¿la psicología hospitalaria tiene color?

Maria Elizabeth Barros de Barros<sup>1</sup> 

Karen Araújo Pereira<sup>2</sup> 

Maressa Bernardino Neves<sup>3</sup> 

<sup>1,3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil.

<sup>2</sup>Autora para correspondência. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil. karen\_araujo2000@outlook.com

**RESUMO | OBJETIVO:** Este trabalho apresenta aspectos de uma observação participante em um Hospital Universitário do nível terciário da rede SUS localizado em Vitória, capital da região sudeste do Brasil, durante o primeiro semestre de 2023. Logo, o relato a seguir pretende provocar e incitar a discussão sobre os desafios enfrentados pela psicologia em contexto hospitalar, dentre eles o racismo estrutural impregnado nos corpos e nos gestos que se atualizam naquele estabelecimento. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo, vivido através do acompanhamento da dinâmica hospitalar da clínica cirúrgica e da clínica médica do referido Hospital. O percurso metodológico foi realizado por meio da análise institucional de linhagem francesa, calcada em discussões de orientações do estágio, onde os diários de campo, observações e participações no campo eram semanalmente discutidas. **RESULTADOS:** Destaca a produção e reafirmação do racismo estrutural no país, que se expressa tanto no trato com pacientes quanto com funcionários e estudantes. A escuta da equipe profissional do hospital é marcada, muitas vezes, por práticas assistencialistas e por processos de exclusão preconceituosos, fazendo-nos indagar: “A psicologia hospitalar tem cor?” **CONCLUSÃO:** O objetivo da pesquisa foi cumprido e, além disso, relatar essa experiência suscitou ao campo diversas questões como: de que forma colocar em funcionamento uma gestão hospitalar que propicie uma política de compartilhamento de atenção ao paciente entre os equipamentos da atenção?

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicologia Hospitalar. Racismo Estrutural. Escuta de pessoas negras.

**ABSTRACT | OBJECTIVE:** This work presents aspects of participant observation in a University Hospital at the tertiary level of the SUS network located in Vitória, capital of the southeast region of Brazil, during the first half of 2023. Therefore, the following report intends to provoke and incite discussion about the challenges faced by psychology in a hospital context, among them the structural racism permeated in the bodies and gestures that are updated in that establishment. **METHOD:** This is an experience report, of a qualitative nature, experienced through monitoring the hospital dynamics of the surgical clinic and the medical clinic of the aforementioned Hospital. The methodological path was carried out through institutional data analysis, based on discussions of internship guidelines, where field diaries, observations and participation in the internship were discussed weekly. **RESULTS:** Highlights the production and reaffirmation of structural racism in the country, which is expressed both in dealings with patients, employees and students. Listening to the hospital's professional team is often marked by welfare practices and prejudiced exclusion processes, making us ask: “Does hospital psychology have color?” **CONCLUSION:** The objective of the research was fulfilled and, in addition, reporting this experience raised several questions in the field, such as: how to put into operation hospital management that provides a policy of sharing patients between care equipment?

**KEYWORDS:** Hospital Psychology. Structural Racism. Listening to black people.

**RESUMEN | OBJETIVO:** Este trabalho apresenta aspectos de la observación participante en un Hospital Universitario del nivel terciario de la red SUS ubicado en Vitória, capital de la región sureste de Brasil durante el primer semestre de 2023. Por lo tanto, el siguiente informe pretende provocar e incitar a la discusión sobre los desafíos que enfrenta la psicología en el contexto hospitalario, entre ellos el racismo estructural permeado en los cuerpos y gestos que se actualizan en ese establecimiento. **MÉTODO:** Se trata de un relato de experiencia, de carácter cualitativo, vivida a través del seguimiento de la dinámica hospitalaria de la clínica quirúrgica y de la clínica médica del mencionado Hospital. El recorrido metodológico se realizó a través del análisis de datos institucionales, a partir de discusiones sobre lineamientos de pasantía, donde semanalmente se discutieron diarios de campo, observaciones y participación en la pasantía. **RESULTADOS:** Destaca la producción y reafirmación del racismo estructural en el país, que se expresa tanto en el trato con pacientes, empleados y estudiantes. La escucha del equipo profesional del hospital muchas veces está marcada por prácticas asistencialistas y procesos de exclusión prejuiciosos, lo que nos lleva a preguntarnos: “¿Tiene color la psicología hospitalaria?”. **CONCLUSIÓN:** El objetivo de la investigación fue cumplido y, además, relatar esta experiencia generó varias preguntas en el campo, tales como: ¿cómo poner en funcionamiento una gestión hospitalaria que prevea una política de reparto de pacientes entre equipos de atención?

**PALABRAS CLAVE:** Psicología Hospitalaria. Racismo Estructural. Escuchar a los negros.

## Introdução

Laura, 21 anos, estudante de psicologia, negra e estagiária em um hospital universitário localizado na região sudeste do país, finaliza suas atividades do dia em seu estágio e se dirige à recepção do hospital para passar na catraca e ir para sua residência. Para identificar-se no hospital, Laura usa um crachá contendo seu nome, curso e função. Ao sair pela recepção é necessário passar com uma senha pela catraca, mas, dessa vez, erra sua senha. Tal ocorrido foi suficiente para despertar olhares e a seguinte dúvida: “o que essa menina faz aqui?”.

Confirmando a supracitada indagação, o assistente da recepção se aproxima de Laura e pergunta: “De qual empresa você é?” – lembramos aqui que trata-se de um hospital universitário composto, em sua maioria, por estudantes, estagiários e residentes. Entretanto, conta também com trabalhadores e trabalhadoras de empresas terceirizadas que são, grande parte, negros e atuam nos serviços de limpeza, alimentação, recepção, entre outros - qual a função de Laura nessa dinâmica? Em que empresa ela trabalharia, uma vez que seu corpo negro e periférico indicaria uma posição social?

Tímida, então, a menina responde: “sou estudante e estagiária”, digita mais uma vez a sua senha e consegue passar a catraca, deixando para trás um silêncio ensurdecedor.

Mais do que um crachá, a raça identifica e constitui indivíduos (Almeida, 2019). Os estudantes que estagiam naquele hospital são, majoritariamente, brancos, seus traços e cor já os identificam como estudantes, não restavam dúvidas. Não obstante, no caso de Laura, sua cor escura e seus traços negros deixavam dúvidas, mas também uma certeza: o racismo está em nós, no falar, no olhar, enfim, no viver da nossa constituição.

Vivências como a de Laura no Brasil são cotidianamente experienciadas, como nos indica a historiadora Luana Tolentino, que foi abordada na rua por uma mulher branca que a questionou se ela fazia faxina, ela altiva e segura, respondeu: “não, faço mestrado, sou professora” (Basilio, 2017). Durval Teófilo estava abrindo o portão de casa e foi baleado por um vizinho, que disse tê-lo confundido com um bandido (Carta Capital, 2022). Fatos como esses mostram como, estrategicamente, é negada para a população negra a possibilidade de ser e estar em funções e locais considerados importantes no espaço social brasileiro. Isso é decorrente do racismo estrutural que visa uma dimensão do poder, no qual um grupo possui poder de gerir a vida do outro grupo; o racismo, como processo histórico e político, cria as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. Assim, o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normalizado” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional (Almeida, 2019).

Como veem se forjando estratégias de resistência a eventos como esses? É possível esperar que situações como a de Laura, Luana e Durval não mais aconteçam? Como as práticas racistas aparecem nos gestos de um Hospital? Como instituir uma psicologia hospitalar antirracista? Quais ferramentas de análises forjar no contexto hospitalar nessa direção ético-política? Como a psicologia hospitalar tem reafirmado práticas em saúde como um processo permanente que priorize a história singular de cada indivíduo? Quais possibilidades de construções coletivas efetuar nos hospitais para que pacientes e profissionais pretos não tenham a sua saúde prejudicada pelo racismo? Tais questões, que permanecem sem respostas efetivas nas políticas públicas, demonstram a relevância científica e social do presente estudo. Sendo assim, a partir dessas questões, este trabalho objetiva apresentar aspectos relativos à observação participante realizada em um hospital no formato de relato de experiência, a fim de provocar e incitar a análise e discussão sobre os desafios enfrentados pela psicologia em contexto hospitalar, dentre eles o racismo estrutural impregnado nos corpos e nos gestos que se atualizam institucionalmente naquele estabelecimento.

O presente relato de experiência segue a linha de argumentação, iniciada já na introdução, de modo a apresentar como o racismo estrutural se constitui no hospital e constitui o cotidiano dos sujeitos. Por conseguinte, apresentaremos a metodologia utilizada para coleta das informações no local de estágio e expomos o contexto do SUS e as clínicas que fizeram parte dessa experiência. Em seguida, no desenvolvimento seguimos com a base teórica trazendo a história da clínica e das instituições hospitalares conectadas à atualidade vivida no Hospital Universitário, haja vista nossa direção de análise institucional. O hospital, a medicina, a saúde coletiva, os modos de gerir o cuidado são instituições e, como tal, não podem ser tomados como naturais e óbvios. Trata-se de modos como os humanos em determinados momentos da história vão constituindo modos de viver a partir de valores, princípios, direções éticas de vida. A fim de apresentar os resultados agrupamos casos atendidos que foram analisados e discutidos na seção seguinte, onde consideramos que, apesar das doenças serem diferentes, a raça é um fator que modifica a gravidade do paciente e o modo como ele vai ser escutado. Concluindo o trabalho, propomos caminhos possíveis para a continuidade e criação de novas tecnologias e políticas públicas na ampliação do cuidado

e retomamos a questão central do estudo: a psicologia hospitalar tem cor?

## Metodologia

A trajetória metodológica utilizada no estudo foi de abordagem qualitativa, exploratória. A observação participante, como elaborada por [Simões](#) e [Sapeta](#) (2019), foi realizada juntamente às psicólogas responsáveis por cada clínica visitada. As técnicas utilizadas seguiam de acordo com uma escuta ativa e com o acolhimento do paciente a partir de uma anamnese com perguntas abertas, fornecida pelo hospital, que nos permitiu explorar mais sobre os pacientes, para além das queixas que apresentava à psicóloga. O material colhido e registrado em diário de campo, foi organizado conforme as recomendações de [Nascimento](#) e [Lemos](#) (2020) e analisado semanalmente em encontros de orientação de estágio com a professora responsável, onde analisamos e interpretamos as vivências de estágio calcada em uma análise institucional.

Esse direcionamento foi aqui considerado o mais propício para captar o objeto de estudo, já que na perspectiva institucional não há uma delimitação metodológica padrão ([Tolbert](#) & [Zucker](#), 1999). Destacamos que a análise institucional de linhagem francesa visa analisar as instituições dando visibilidade, trazendo à luz o que num primeiro olhar não pode ser percebido. Analisar as instituições é mostrar os caminhos de construção do que está dado, considerado como óbvio e natural. Fazer uma análise institucional é produzir uma leitura obtusa da realidade, ou seja, o obtuso perturba, é descontínuo, abre suas asas para o fora, é indiferente ao trivial. O obtuso ultrapassa o óbvio. O institucionalismo francês, recusa-se a cair na obviedade dos discursos racistas, sexistas, homofóbicos que surgem como naturais/óbvios.

O conteúdo aqui relatado foi vivenciado em um Hospital Universitário que se estabelece no nível terciário da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e se localiza em Vitória, capital do estado do Espírito Santo, na região sudeste do Brasil. Foi acompanhada a dinâmica hospitalar da clínica cirúrgica e da clínica médica, semanalmente durante o período de maio a julho de 2023. Para ser incluído no presente relato, o paciente deveria ser usuário do SUS e ter sido encaminhado para tratamento e/ou acompanhamento em uma das duas clínicas do Hospital Universitário.

Foram excluídos desta pesquisa aqueles pacientes que estavam internados em outras clínicas do hospital, ou estavam impossibilitados de receber acompanhamento da psicologia por questões de saúde. Foram atendidos no total 30 pacientes de idades que variaram entre 22 e 79 anos, de diferentes gêneros. Os usuários eram provenientes de estados da região sudeste e nordeste brasileiro, sendo que 73,6% da população atendida era negra. Foi requerido ao hospital um termo de compromisso para cada clínica acompanhada, a partir de critérios técnicos e éticos estabelecidos pela coordenação de estágio obrigatório da Universidade Federal do Espírito Santo e o conselho de Ética do hospital universitário, foi autorizado a observação da dinâmica hospitalar.

O SUS, instituído pelas Leis Federais [8.080/1990](#) e [8.142/1990](#) da Constituição Federal de 1988, entende o Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma saúde, como direito de todos e dever do Estado ([Paim, 2009](#)). Esse sistema se constrói nos princípios da universalidade no acesso independente da classe, etnia, orientação sexual e gênero ou quaisquer outras características; princípio da equidade, que prevê práticas de saúde que acompanhe os diferentes modos de vida e acesso universal às ações e serviços de saúde; princípio da integralidade segundo o qual não se pode limitar os cuidados em saúde à assistência médica curativa, mas incluir prevenção de doenças, controle de riscos e promoção de saúde, que visa o sujeito integral e não apenas atenção à doença, mas saúde e vida com qualidade ([Paim, 2009](#)).

Nesse contexto, foram instituídos três níveis de intervenção da saúde no SUS: o nível primário, o secundário e o terciário. O nível primário diz respeito aos cuidados preventivos e educativos voltados para a prevenção da patologia. Esse nível acontece, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) ([Dimenstein et al., 2022](#)). O nível secundário, representado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), promove o cuidado por meio de serviços mais específicos, com o objetivo de viabilizar a reabilitação psicossocial do sujeito, sem necessariamente precisar de sua internação ([Paim, 2009](#)). Já o terciário está voltado para condições urgentes e intensivas, cuidadas por meio da hospitalização. As intervenções se efetivam por meio de equipes que prestam assistência a cirurgias, hemodiálises, dentre outros tipos de cuidados ([Paim, 2009](#)).

A clínica cirúrgica é caracterizada pela diversidade de intervenções que realiza. Trata-se de um trabalho desafiador que envolve desde atos cirúrgicos ao atendimento de comorbidades diversas que necessitam de tratamento adequado. Os procedimentos à saúde do paciente cirúrgico são realizados por diferentes profissionais de modo integrado durante todo o processo cirúrgico. O paciente cirúrgico, ao vivenciar os diversos procedimentos de atendimento, conjuga e significa subjetivamente os procedimentos de assistência prestados e essa vivência que pode viabilizar ou não, todo o processo cirúrgico ([Turra et al., 2011](#)).

Logo, o ato cirúrgico, a internação, às consultas médicas, entre outras especificidades constitui-se como um ato invasivo, adquire significados e produz sentimentos que variam conforme o paciente, sua história e o sentido que a hospitalização e a intervenção cirúrgica representam para ele. A subjetividade se refere ao processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente ao indivíduo, de tal modo que esse pertencimento se torna único, singular ([Leontiev, 1978](#)). Tais aspectos psíquicos passam a ser considerados, por meio de uma visão integral do paciente, enquanto o corpo, a história de vida pessoal e o momento histórico social interferem no processo do adoecer e na interpretação do paciente a respeito de seus sintomas ([Engel, 1977](#)). Dessa forma, o reconhecimento de lesões teciduais reais, das experiências de vida e do momento social atual influencia na apresentação do adoecimento e na avaliação por parte do profissional de saúde ([Shorter, 2005](#)).

A clínica médica é caracterizada pelo atendimento a sujeitos com diversas comorbidades, como doenças contagiosas que exigem isolamento. Pacientes com doenças raras ou doenças genéticas, correm o risco de receberem o diagnóstico errado e ainda podem passar por desafios materiais, emocionais e estruturais, como a falta de aparelhos específicos que detectem a doença ([Iriart et al., 2019](#)). Sendo assim, apesar da baixa rotatividade comparado com a clínica cirúrgica, na clínica médica os pacientes ficam internados geralmente por mais de uma semana. [Gomes & Fraga \(1977\)](#) destacam que o tempo de hospitalização dos pacientes é uma das maiores preocupações dos sujeitos internados, além da solidão, o medo da doença ser incurável e a falta de informação sobre sua doença e tratamento. Nesses espaços o psicólogo tem o objetivo de acolher o sofrimento durante o processo de adoecimento do paciente hospitalizado, a fim de favorecer a expressão de seus sentimentos

na compreensão da situação vivenciada, proporcionando também, segurança por meio de uma relação de confiança entre eles, de modo a facilitar a verbalização de dúvidas, idealizações e fantasias advindas do processo de internação ([Sebastiani & Maia, 2005](#)).

Assim, a função do psicólogo hospitalar precisa perseguir um cuidado humanizado, como o proposto pela Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH) ([Ministério da Saúde, 2004](#)), ou seja, um conjunto de estratégias utilizadas para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos veículos interprofissionais e entre estes equipamentos e os usuários na produção de saúde ([Ministério da Saúde, 2004](#)). Posto isso, considera-se aqui que a psicologia no espaço hospitalar compõe esse processo de humanização, cuidando do sujeito por meio de uma escuta humanizada, possibilitando uma elaboração simbólica do adoecimento de modo a ajudar o paciente a atravessar a experiência do adoecimento ([Simonetti, 2016](#)). Consoante a PNH, entende-se humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Trata-se, então, de priorizar a voz dos sujeitos, escutar, acolher, de maneira que o diálogo resultante desta interação viabilize promoção da saúde e autonomia ([Ministério da Saúde, 2004](#)).

### **Desenvolvimento da história da clínica e das instituições hospitalares**

Em primeiro plano, visando conduzir o desenvolvimento, destacar e argumentar teoricamente a questão central que baseia o objetivo do estudo, “a psicologia hospitalar tem cor?”, torna-se imprescindível percorrer a história do hospital e quais corpos o habitavam tomando-o como uma instituição, ou seja, efeito da produção humana. O hospital na Europa, até o século XVIII, transfigura-se em um morredouro um misto de lugar de preparação espiritual para morte, exclusão e assistência aos pobres por conta da sua periculosidade quando doente ([Foucault, 1966/2017](#)). De acordo com [Foucault \(1966/2017\)](#), o hospital passa a ser medicalizado conforme o modelo dos hospitais militares e marítimos, dada a necessidade de organização da sociedade, de estabelecer o certo e o errado e ditar como os componentes das famílias deveriam se portar socialmente, a fim de reger as questões de higiene e modos de vida. Não obstante, com a reorganização política, econômica e disciplinar

do hospital, o poder passa a ser confiado ao médico e seu saber (diretor médico). O preço do homem-soldado-marinho torna-se maior, não se podia mais deixá-lo morrer, era preciso curá-lo, sendo assim, o papel da medicina não se dava a partir do homem doente, mas sim a partir de interesses econômicos do Estado ([Foucault, 1966/2017](#)).

A reordenação do hospital deu-se não a partir da técnica médica, mas sim da disciplina, uma tecnologia de controle e poder sobre o homem que passa a ser exercido no contexto hospitalar ([Foucault, 1966/2017](#)). A medicina passa a intervir sobre o ambiente e não sobre o doente, lançando mão da vigilância, disciplinarização/controle dos corpos e organização espacial do hospital. Por fim, passam a ser realizados registros em forma de prontuários, onde constam entradas e saídas do paciente, servindo também para a medicina como geração de conhecimento e saber ([Foucault, 1966/2017](#)). O controle do hospital faz-se visível na experiência de adoecimento, visto que o paciente é isolado de seu contexto e destituído do poder e conhecimento de si mesmo. Assim, a hospitalização o destitui da sua rotina, do domicílio, dos hábitos, da privacidade e a sensação da finitude o destitui do campo das certezas e lança-o numa condição desterritorializante que produz sofrimento ([Gomes & Próchno, 2015](#)).

O corpo a partir do capitalismo passa a ser um objeto do biopoder ([Foucault, 1966/2017, p. 80](#)). O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas inicia-se no corpo com o corpo. A partir do século XX o cuidar gradativamente passou a prescindir da escuta, da pergunta, do toque, do saber do doente sobre si e sobre seu corpo. O corpo doente sinaliza a dor da impossibilidade de controlar a vida e a morte do ser feliz e assim permanecer na vida e diante da morte. O corpo, a subjetividade e o desejo homogeneizados na contemporaneidade por vezes encontram no adoecer a especificidade do sujeito-corpo enunciado.

A psicologia acessa o contexto hospitalar ao fim da Segunda Guerra Mundial, em 1970, a American Psychological Association (APA) oficializa a área da psicologia da saúde e passa a divulgar diretrizes para atuação da psicologia na saúde, promovendo integração entre teoria, prática e pesquisa. No Brasil, especificamente, a psicologia da saúde em contexto hospitalar geral dá origem a área específica – psicologia hospitalar – reconhecida pelo CFP em 2000.

Apesar das diversas contribuições na psicologia hospitalar, ainda hoje existem desafios a serem superados com a inserção da psicologia nesse ambiente hospitalar, como os desafios para consolidar-se como uma das profissões da assistência terciária no contexto hospitalar, a necessidade de uma formação acadêmica que promova desenvolvimento de habilidade e competências para atuação crítica e reflexiva na área, criar referências teóricas e práticas mais comprometidas com atenção integral à saúde e a ampliação do número de profissionais na área (Silva, et al., 2017).

A história do nascimento do hospital e da entrada da psicologia no âmbito hospitalar, ainda se inscreve no cotidiano da dinâmica hospitalar. Por isso, se faz necessário o posicionamento da psicologia frente a equipe multiprofissional, demonstrando a importância da função de escuta com a intenção de oferecer cuidado integral ao paciente. Tal escuta faz com que haja aderência ao tratamento, pois diminui a ansiedade que muitos pacientes sentem pela falta de uma explicação acessível sobre seu diagnóstico, seu tratamento, entre outros. A supracitada escuta também pode promover a consequente diminuição das dores, haja visto que ansiedade gera tensionamentos musculares que acentuam as dores que o indivíduo sente. Além disso, a posição tomada pela psicologia é capaz de dar visibilidade ao fato de que envolver o paciente na construção de seu cuidado é imprescindível para o cuidado em saúde.

## Resultados

A partir dos resultados foi possível identificar a predominância da hierarquia de cargos no hospital, o que culmina no acionamento dos psicólogos pelos outros profissionais apenas quando o paciente possui uma tristeza extrema ou não quer colaborar com o tratamento, apontando um certo tipo de isolamento do psicólogo hospitalar como “útil” apenas nestas situações. Não obstante, o posicionamento da psicologia na escuta constitui um instrumento que permite transgredir a lógica hierarquizada posta pelo saber médico no hospital, onde o psicólogo é acionado para “resolver um problema”, não sendo incluído, muitas vezes, no trabalho da equipe, a fim de ofertar o cuidado digno e condizente com os princípios do SUS. Tal fato não demonstraria a percepção dos demais profissionais a respeito da atuação desse profissional no contexto hospitalar?

Além disso, práticas racistas fazem parte do cotidiano do hospital, pois observamos que muitas vezes a cor, por conta do racismo estrutural, traz consigo experiências de sofrimento e violências que não são levadas em consideração ou como fator relevante para o tratamento integral do paciente. Um exemplo disso são as histórias de mães enlutadas que perderam os seus filhos por meio de uma morte violenta. Logo, indagamo-nos aqui, as dores e comorbidades que pacientes negros apresentam ao chegarem num hospital público, não seriam efeitos desse sofrimento causado por entraves ou pela vulnerabilidade a qual a população negra está imposta? A banalização da violência à população negra é explicitada no modo como essa mulher/mãe é ouvida até então nos serviços públicos de saúde.

Além dessa situação, acolhemos também outras demandas de mulheres com relacionamentos amorosos/familiares abusivos, mães de crianças com deficiência, que não tinham a mínima possibilidade de um autocuidado básico. Tais mulheres se queixam da preocupação com os filhos e da necessidade de sair do hospital para cuidar daqueles que, segundo elas, não sobreviveriam sem elas. A vida de mulheres negras é marcada pelo abandono e pela solidão profunda que, geralmente, as atinge. Dessa forma, é possível entender a importância de uma escuta atenta ao racismo e o sexismo que se atualiza no corpo dessas mulheres que sofrem com situações de violência direcionadas à população negra. Isso nos desafia a adquirir uma postura ético-política que afirme um antirracismo nas práticas em saúde. Quais são as consequências dessa situação para a saúde física e mental dessas mulheres?

Assim observamos que toda doença apresenta aspectos psicológicos e subjetivos, que se manifestam para além das causas orgânicas do adoecimento, mostrando como as causas psicogênicas do adoecimento precisam receber uma atenção, na contramão de práticas biomédicas e médico centradas, afinal o sujeito produz sintomas fisiológicos como efeito de estresse e sofrimento (Azevedo & Crepaldi, 2016). Posto isto, tais aspectos psicológicos da doença aparecem em momentos diferentes como desencadeante, agravante, causa, consequência e manutenção (Azevedo & Crepaldi, 2016). Assim, o adoecimento pode surgir como resistência e denúncia.

Como resistência, o corpo assume um lugar de não dizer do sujeito mesmo dizendo de si corporalmente

adoecido e fragmentado, pois denuncia uma lógica de produção sobre o homem instituído não a partir do que ele pode ser. A ascensão de novos e múltiplos corpos sem sujeitos virtuais e plasticizados em processo de subjetivação oblitera o sujeito do discurso e aprisiona o homem na liberdade, entretanto, frente à doença e à hospitalização a idealização de um corpo sofre um grande abalo (Gomes & Próchno, 2015). Nesse sentido, o trabalho da psicologia se faz analisando a posição do sujeito frente ao adoecimento, tendo em vista que sempre estamos à mercê do imprevisível, das incertezas, do desconhecido e não compreendido, frente ao desamparo e fragilidade constituintes do ser humano. Tal olhar e escuta ativa constituem-se como o instrumento da psicologia no contexto do hospital. É para escutar esse corpo que escapou aos excessos pela via do adoecimento que a psicologia é convocada a estar no hospital (Simonetti, 2016).

Nas clínicas frequentadas, percebeu-se que a ânsia por ter um diagnóstico constitui uma demanda de muitos pacientes, muitos deles chegam em estados muito graves. A título de exemplo cabe aqui citar um senhor de 76 anos que chegou ao hospital tendo um enfarte agudo do miocárdio e após investigações descobriu que o seu coração tinha trabalhado mais, por conta de uma inflamação nos rins. Esse agravamento das condições de saúde do sujeito provoca sentimentos de angústia e ansiedade, e para que o diagnóstico seja elaborado os médicos indicam diversos exames e medicamentos, objetivando “resolver o problema”. Como descreve Camon (2001) o paciente internado passa por diversas fases frente à internação, como a negação, barganha, ganho secundário, revolta, depressão e a aceitação. Essas fases não são lineares e são entrecortadas por acontecimentos da vida dos sujeitos. Um exemplo disso pode ser pensado quando um paciente é internado por mais de um mês e passa por várias fases como: as possibilidades de saída do hospital, dadas pela equipe médica; tristeza pelas mudanças na aparência, por conta de um procedimento cirúrgico; sentimento de abandono/solidão; negação do seu grave quadro e, por fim, ter que esperar o momento certo para sair e voltar à vida cotidiana. Em todas essas faces é de extrema importância o acompanhamento psicológico para propor e pensar com o paciente os cuidados necessários após a hospitalização, buscando entender que muitas mudanças ocorreram durante o período de hospitalização, e principalmente ajudar o indivíduo no reconhecimento desse novo corpo, com novos contornos e marcas provocadas pelo processo de internação.

Dessa forma, constata-se que o processo de adoecimento e a hospitalização implicam em um modo de organização emocional do sujeito, abre fendas psíquicas, torna visível a incompletude e a fragilidade ao paciente e de todos que com ele estão (Simonetti, 2016). Portanto, a escuta psicológica no hospital pode ser uma escuta diferente de outras disciplinas. É uma escuta da ferida, do sujeito que sofre por tentar manter-se na ilusão da completude, que diante da doença, reconhece, às vezes pela primeira vez, sua fragilidade. Escutar é dar ouvido àquilo que se enuncia apenas veladamente, que apenas um ouvido atento pode acolher e ficar atento às fragilidades, sintomas, enfim, devires insurgentes e inconscientes (Fernandes, 2011). Escuta que demanda atenção para além da fala, que percebe o toque, ou até mesmo o sorriso, como uma via para que o psicólogo se aproxime do sujeito, colocando em questão os modos de atuar em psicologia que ainda podem ser capacitistas e descolados da existência concreta de alguns corpos.

## Discussão

### A escuta hospitalar e a transdisciplinaridade no cuidado: a cor da loucura

Durante a observação participante pode-se constatar que a demora pelo diagnóstico também é consequência da alta demanda de pacientes com doenças raras na clínica médica. A exemplo disso, cabe citar o caso de um jovem negro de 27 anos que chegou ao hospital com diversas dores pelo corpo, os médicos investigaram algumas hipóteses, mas nada melhorava a dor do paciente, ele insistia que estava com muita dor e em uma dessas ocasiões uma enfermeira diz para ele que não iria aplicar mais uma dosagem de Tramadol, pois o “diagnóstico dele era loucura”(sic), ele estava com transtornos mentais e não uma doença “de verdade”(sic), ao fazer o relato desse acontecimento imediatamente intervimos o acolhendo e comunicando que era um direito dele ter um atendimento que valide os seus sentimentos e dores, após o atendimento com o paciente conversamos com a equipe médica e na reunião interdisciplinar a psicóloga destacou a importância de não descredibilizar o paciente por conta de uma suspeita de transtorno mental. Após essa situação os médicos chegaram à conclusão que o paciente verdadeiramente tinha uma doença rara, que precisaria ser investigada por um exame específico e que o tratamento custava 50 mil por mês.

Este caso confirma os desafios sofridos por pessoas com doenças raras expostos por [Iriart et al. \(2019\)](#) e acentua que pela cor do paciente ser negra o seu itinerário em busca do diagnóstico será permeado também pelo racismo.

Quando pacientes negros que tem a sua dor descreditada por algum membro da equipe hospitalar e a sugestão de transtorno mental para o paciente “reclamão” é facilmente tida como hipótese, o descrédito desse paciente se estabelece em conjunto com uma história social que contorna o sujeito louco? Quando rapidamente sugerem um diagnóstico de transtorno mental, quem são esses loucos? Possuem cor? Por meio desse caso observamos que ainda a escuta da equipe profissional do hospital, além de ser atravessada pelas inúmeras intercorrências, que acontecem antes e durante o atendimento, também é constituída por todo o contexto histórico assistencialista do século XVIII e os processos de exclusão preconceituosos descritos por [Foucault \(1966/2017\)](#). Dessa forma, ainda hoje alguns corpos são tratados como mais merecedores de uma escuta acolhedora, que permita a pergunta, o toque e o saber do doente sobre si, do que outros corpos. E isso fica muito evidenciado, principalmente, quando se trata de corpos negros.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 caracteriza os usuários do SUS como em sua maioria mulheres e crianças, pretas e pardas, de baixa escolaridade e renda, associados a um estado de saúde regular ou ruim ao utilizar os serviços do SUS ([Ribeiro et al., 2006](#)). A literatura também apresenta que a população negra é mais suscetível a ter comorbidades e condições de saúde como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, anemia falciforme, a deficiência da glicose-6-fosfato desidrogenase e a tuberculose ([Ministério da Saúde, 2013](#); [Werneck, 2016](#)). Esse perfil mais crítico de saúde da população negra, advém dos diferentes contextos históricos, pautados na negação de direitos básicos como o acesso à saúde. Assim o racismo é um grave problema de saúde pública tanto para a população negra que é acometida por uma série de patologias, quanto para a população branca que perpetua a manutenção das desigualdades raciais ([Tavares & Kuratani, 2019](#)).

As instituições reproduzem as condições para o estabelecimento e a manutenção da ordem social, com isso, acabam desenvolvendo uma atuação atrelada a uma estrutura social, como a brasileira, que é racista ([Almeida, 2019](#)). Consequentemente, as instituições que não se preocuparem de maneira ativa com o problema da desigualdade racial, irão facilmente reproduzir as práticas racistas normalizadas na sociedade. Esse racismo institucional pode ser observado não só na falta de residentes e médicos pretos trabalhando no hospital, mas, também, no debate sobre se seria necessário que os pacientes fossem questionados pela psicologia sobre a sua autodeclaração de raça ou etnia.

Segundo a Diretoria da ANPEGE (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia, Gestão 2021-2023), o Censo Demográfico do IBGE de 2022 revelou um aumento significativo da população brasileira que se autodeclara preta (+32%) ou parda (+11%). A partir de 2010, pretos e pardos deixaram de representar 53% da população total e passaram a representar 56,1% ([Oliveira, 2023](#)). Por outro lado, a população que se autodeclara branca diminuiu de 46,3% para 43%. O Censo revela também o total da população quilombola do país: 1.327.802 pessoas ([Oliveira, 2023](#)). Assim, mesmo sendo evidente que a maioria da população do país é negra, autodeclarar-se como tal sempre foi um grande desafio em função do racismo estrutural e da branquitude. Podemos observar mudanças nesse quadro ao longo do século XXI em função de mudanças no âmbito da educação, associadas a políticas públicas de reparação histórica, como é o caso das cotas, com efeitos importantes na cultura da sociedade. Os quilombos assumiram novas formas e conceitos e encontram-se hoje presentes nas cidades e nos campos, nos lares e nas redes sociais, nas políticas públicas e nas escolas. A materialidade da vida cotidiana corresponde com esse novo imaginário coletivo sobre ser negro? Como se manifesta a desigualdade racial no Brasil? Esse quadro reafirma nossa aposta ética-política de forma que nas práticas em Psicologia Hospitalar seja necessária a identificação dos pacientes a partir da sua autodeclaração de raça ou etnia.

## Identidade racial: a quem importa?

Mesmo sabendo que a população negra está mais exposta a fatores de risco para a saúde mental e física, como nos mostra o Atlas da Violência de 2022 em que a taxa de homicídio em relação aos negros atingiu 37,8% no ano de 2016, enquanto que, para o resto da população, o índice não passou de 13,9%, ou seja, 75,7% das pessoas assassinadas são pretas ou pardas (Ipea, 2022). Esse sistema — no qual o sujeito branco é o universal e centro de todo o debate — possibilita que o mito da democracia racial permaneça intacto, pois o sujeito branco continua sendo o sujeito não racializado, e com isso, não precisa refletir sobre a sua identidade racial branca ou branquitude (Bento, 2022). Outro fator que fundamenta essa postura da branquitude, é o pacto narcísico da branquitude, seria um pacto não verbal que os brancos inconscientemente pactuam uns com os outros, com o objetivo de continuar mantendo os privilégios meritocráticos do povo branco (Bento, 2022).

Com isso, o profissional branco pode fundamentar a sua atuação pela escuta da dor dos seus iguais, a fim de não ignorar que para serem feitas políticas públicas efetivas específicas para atender as demandas da população negra, é preciso que os dados sobre a raça sejam registrados nos prontuários e repassados para a gestão. “É preciso reconhecer os modos de fazer acontecer as políticas públicas, indicando a urgência na criação de dispositivos que dêem suporte à experimentação das políticas no jogo de conflitos de interesses, desejos e necessidades dos diferentes atores que compõem a rede de saúde” (Barros & Passos, 2000, p. 5). E se a gestão atuar para questionar as desigualdades, talvez nós conseguiremos analisar melhor o porquê da precarização dos serviços oferecidos no SUS. O porquê dos altos índices de violência obstétrica contra mulheres negras. E o porquê da morte de um jovem preto esperando atendimento ao ser baleado em uma troca de tiros com a polícia.

A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) criada pelo Ministério da Saúde em 2009, tem o objetivo de atuar para a melhoria da saúde da

população negra, reconhecendo os processos socioeconômicos e culturais que corroboram com a morbidade desse povo (Ministério da Saúde, 2013). Mesmo com essa estratégia do Estado, os princípios do SUS e a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde ainda não são viabilizados em sua totalidade para todos os corpos. A pandemia do coronavírus escancarou essa realidade, mostrando que ser preto ou pardo era um fator de risco para mortalidade por COVID-19 (Dantas et al., 2022).

Assim, o profissional da saúde se mantém constantemente atento à sua prática no hospital, questionando sua postura em meio a essa política de morte. Para um Estado que atua através da Necropolítica, alguns corpos se assemelham a “montes de lixo”, corpos em decomposição, cujos governos são responsáveis por produzir tecnologias que os fazem morrer cotidianamente (Mbembe, 2017). Parte dessa morte se dá através dos silenciamentos ou da não escuta do sujeito, da tentativa de tornar os sujeitos alienados sobre si, dependentes, antagonista, e não co-participante e co-responsáveis pelas suas vidas.

Assim, é impossível separar o singular do coletivo, os modos de cuidar, dos modos de gerir, a macro e a micropolítica, porque os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, e esse plano é povoado pela diversidade e pela discordância de pensamentos que se encontram nos embates de forças (Benevides, 2005). Nessa perspectiva, a transdisciplinaridade trata-se de um conceito-ferramenta que subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto, quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos (Barros & Passos, 2000). Com isso, o conhecimento também é uma maneira de implicação e de interferência que é movimentada na produção tanto do objeto/sujeito estudado, quanto do sujeito de um determinado saber ou especialismo (Barros & Passos, 2000). Assim, a transdisciplinaridade no cuidado torna-se essencial e, para haver transversalidade na equipe multiprofissional, é preciso indagar a verticalização dos processos de trabalho, marcados, muitas das vezes, por práticas anti-democráticas.

Dessa forma, no ambiente do hospital, tanto a gestão quanto a equipe multiprofissional não precisam assumir uma postura de cuidado ampliado? E para essa postura acontecer é imprescindível assumir a responsabilidade sobre o sujeito no serviço, trabalhar a intersectorialidade ao buscar ajuda de outros setores, reconhecer os limites dos saberes e das tecnologias empregadas no serviço, assumir um compromisso ético fazendo e refazendo um exame dos valores reproduzidos no trabalho, produzir constantemente a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida, produzir uma escuta acolhedora e que ressignifique o sintoma, transferir, criar afetos e vínculos ([Ministério da Saúde, 2013](#)).

## Conclusão

### Palavras (in) conclusivas

Dados os fatos apresentados, entendemos que muitos são os desafios enfrentados pela psicologia em contexto hospitalar. Tomamos em análise o funcionamento do hospital, os seus efeitos na vida dos sujeitos e como ele ainda ocupa uma centralidade como um lugar de enfrentar o sofrimento adoecedor. Como colocar em funcionamento uma gestão hospitalar que propicie uma política de compartilhamento do paciente entre os equipamentos da atenção e não somente encaminhamentos burocráticos? E se as crises que fazem a equipe se movimentarem, que forçam a ampliação do cuidado, a construção de redes, criação de novas tecnologias e políticas públicas, fossem processos prioritários nos serviços do SUS? Por fim, após o material aqui apresentado, convidamos à reflexão e retomamos a pergunta central desta pesquisa: a psicologia hospitalar tem cor? E se ela tem, seria essa cor embranquecida pelo processo constitucional racista da psicologia?

Ademais, nos perguntamos se todos os profissionais da psicologia conseguem ter um olhar não reducionista no cuidado integral ao paciente, de modo a não reduzi-lo a um sintoma, mas buscando entender o contexto em que está inserido e, assim, construir um

cuidado não tutelador e humanizado, que afirma a autonomia dos sujeitos como aponta a PNH. Com essa postura, acreditamos em viabilizar uma atuação mais democrática e viabilizadora dos princípios do SUS. Assim, por meio deste trabalho constatamos a importância do SUS e da manutenção do que o Sistema Único de Saúde traz no nome sistema: um conjunto de redes/equipamentos que devem estar atreladas e exercendo os diversos tipos de comunicações e encaminhamentos entre si. Além disso, ao pensar o serviço do SUS, não podemos deixar de destacar quem são, na sua maioria, os sujeitos que utilizam desse sistema de saúde: pessoas negras, periféricas e de baixa renda.

Logo, pensar num SUS que considere o racismo como produtor e constituidor de corpos torna-se pauta inadiável. Considerar a raça ao compor cuidados a um paciente interfere diretamente na construção dos cuidados adequados ao contexto, história e vida do indivíduo, visto que estes são sujeitos em crescente vulnerabilidade social. Logo, os recursos que proporcionam melhor enfrentamento durante o processo de doença muitas vezes estão em falta, sejam eles o suporte social (família, comunidade, entre outros), condições financeiras para continuação do tratamento pós-consulta/internação, acessibilidade aos serviços, localização de moradia, entre outros. Tais entraves fazem parte da vida dos que constituem a maioria dos usuários SUS, assim, raça e vulnerabilidade precisam ser discutidos e destacados, tornando-se necessária a ampliação e construção de políticas públicas que atendam e considerem indivíduos de cor.

Considera-se importante apontar as limitações encontradas durante o estudo que foi a grande rotatividade de pacientes, impossibilitando um acompanhamento contínuo, resumindo-se ao acolhimento e encaminhamentos para rede, o pequeno tempo de coleta de dados e a impossibilidade hierárquica de serem feitas mudanças no modo de gestão do hospital. Apesar das limitações destacadas, ressalta-se que os resultados deste estudo corroboram para uma investigação exploratória do tema, assim, foi possível alcançar os objetivos da pesquisa e verificar que o racismo estrutural ainda constitui os modos de atuação de alguns profissionais. Essas práticas racistas além

de impossibilitar a prática de um atendimento humanizado, dificultam a tomada de consciência sobre o que é ser branco ou não em um país constituído por racismo e a manutenção de um modo de gestão democrática no cuidado das pessoas negras. Para estudos futuros sugere-se a utilização de coleta de dados em todas as clínicas do hospital de forma longitudinal, buscando observar a partir da passagem do tempo quais melhorias os profissionais estão tentando implantar na sua prática de escuta para com pessoas negras. Esses dados poderão ser comparados e assim, será possível verificar empiricamente a validade das pesquisas sobre o tema e agregar a literatura teórica sobre a atuação no contexto hospitalar.

### Contribuições das autoras

Barros, M. E. B., Pereira, K. A. e Neves, M. B. participaram da concepção da pergunta de pesquisa, busca e análise estatística dos dados da pesquisa, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Pereira, K. A. e Neves, M. B. participaram da concepção da pergunta de pesquisa e coleta e interpretação dos dados. Barros, M. E. B. participou do delineamento metodológico, análise estatística dos dados da pesquisa, e interpretação dos resultados do artigo científico. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final e estão de acordo com sua publicação.

### Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

### Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



## Referências

- Almeida, S. (2019). *Racismo Estrutural*. Jandaíra.
- Azevedo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 573–585. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>
- Barros, R. B., & Passos, E. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71–79. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>
- Basilio, A. L. (2017, 20 de julho). “Você faz faxina? Não, faço mestrado. Sou professora”. Carta Capital. <https://www.cartacapital.com.br/educacao/voce-faz-faxina-nao-faco-mestrado-sou-professora/>
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21–25. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Camon, V. (2001). *E a psicologia entrou no hospital*. Editora Pioneira Thomson.
- Carta Capital. (2022, 3 de fevereiro). *Rio: Sargento da marinha mata vizinho negro e alega ter confundido com ladrão*. <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/rio-sargento-da-marinha-mata-vizinho-negro-e-alega-te-lo-confundido-com-ladrao/>
- Dantas, M. N. P., Silva, M. F. S., & Barbosa, I. R. (2022). Reflexões sobre a mortalidade da população negra por covid-19 e a desigualdade racial no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 313(3), Artigo e200667pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200667pt>
- Decreto Lei nº 8.080 de 19 de setembro do Congresso Nacional. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da República. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Decreto Lei nº 8.142 de 28 de dezembro do Congresso Nacional. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário da República. (1990). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

- Dimenstein, M., Macedo, J. P., & Fontenele, M. G. (2022). Atenção psicossocial nos serviços de atenção primária à saúde: desafios à integração no Brasil. *Revista Saúde Mental e Subjetividade*, 14(25), 1–13. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272022000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272022000100004)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernandes, M. L. (2011). *Corpo*. (F. Ferraz, Trad.; 4a ed.). Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (2017). *Microfísica do poder* (R. Machado, Trad.; 5a ed.). Paz e Terra. (Texto originalmente publicado em 1966).
- Gomes, D. R. G., & Próchno, C. C. S. C. (2015). O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde e Sociedade*, 24(3), 780–791. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>
- Gomes, L. C., & Fraga, M. N. O. (1977). Doenças, hospitalização e ansiedade: Uma abordagem em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3(50), 425–440. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671997000300010>
- Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2022). *Violência por Raça*. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/filtros-series/3/violencia-por-raca>
- Iriart, J. A. B., Nucci, M. F., Muniz, T. P., Viana, G. B., Aureliano, W. A., & Gibbon, S. (2019). Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3637–3650. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.01612019>
- Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Livros Horizonte.
- Mbembe, A. (2017). *Políticas de inimizade*. Antígona.
- Ministério da Saúde. (2004). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS* (2a ed.). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)
- Nascimento, M. L., & Lemos, F. C. S. (2020). A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo. *Barbarói*, (57), 239–253. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i57.14675>
- Oliveira, A. F. (2023). Por que uma especial atenção às Geografias Negras?. *Revista da ANPEGE*, 19(38). <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/17356>
- Paim, J. (2009). *A Criação e a Implementação do SUS*. Editora Fiocruz.
- Ribeiro, M. C. S. A., Barata, R. B., Almeida, M. F., & Silva, Z. P. (2006). Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1011–1022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(Suppl. 1), 50–55. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>
- Shorter, E. (2005). The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. In P. White (Ed.), *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness* (pp. 1–20). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/psych/9780198530343.003.0001>
- Silva, C. S. R., Almeida, M. L., Brito, S. S., & Moscon, D. C. B. (2017). Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação. *Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*, 16, 355–371. <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4960>
- Simões, A. S. L., & Sapeta, A. P. G. A. (2019). Entrevista e Observação. Instrumentos Científicos em Investigação Qualitativa. *Investigação Qualitativa*, 1(1), 43–57. [https://www.researchgate.net/publication/326160654\\_Entrevista\\_e\\_Observacao\\_Instrumentos\\_Cientificos\\_em\\_Investigacao\\_Qualitativa](https://www.researchgate.net/publication/326160654_Entrevista_e_Observacao_Instrumentos_Cientificos_em_Investigacao_Qualitativa)
- Simonetti, A. (2016). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença* (8a ed.). Casa do Psicólogo.
- Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. A. (2019). Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, Artigo e184764. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>

Tolbert, P. S., & Zucker, L. G. (1999). A institucionalização da teoria institucional. In S. E. Clegg, C. Hardy, & W. Nord (Orgs.), M. Caldas, R. Fachin & T. Fischer (Orgs. brasileiros), *Handbook de estudos organizacionais, modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais*. Atlas.

Turra, V., Costa Junior, A. L., Almeida, F. F., & Doca, F. N. P. (2011). Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22(4), 353–366. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-685925>

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>