

Informes de experiencia



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

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?

Maria Elizabeth Barros de Barros¹

Karen Araújo Pereira²

Mareisa Bernardino Neves³

^{1,3}Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil.

²Autora correspondiente. Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil. karen_araujo2000@outlook.com

RESUMEN | OBJETIVO: Este trabajo presenta 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.

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.

Presentado 19 sept. 2023, Aceptado 10 mayo. 2024,

Publicado 26 jul. 2024

Rev. Psicol. Divers. Salud, Salvador, 2024;13:e5422

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5422> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Barros, M. E. B., Pereira, K. A., & Neves, M.

B. (2024). A la luz de la constitución y producción del racismo: ¿tiene color la psicología hospitalaria? *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 13, e5422. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5422>



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.

Introducción

Laura, una estudiante de psicología, de 21 años de edad, negra y pasante en un hospital universitario ubicado en la región sudeste del país, termina sus actividades del día en su pasantía y se dirige a la recepción del hospital para pasar por el turno y dirigirse a su residencia. Para identificarse en el hospital, Laura usa una tarjeta de identificación que contiene su nombre, carrera y función. Al salir por la recepción, es necesario pasar con una contraseña por el turno, pero esta vez, Laura se equivoca con su contraseña. Este incidente fue suficiente para despertar miradas y la siguiente pregunta: "¿qué hace esta chica aquí?".

Confirmándose la pregunta mencionada anteriormente, el asistente de recepción se acerca a Laura y pregunta: "¿De qué empresa eres?" - Recordamos aquí que se trata de un hospital universitario compuesto, en su mayoría, por estudiantes, pasantes y residentes. Sin embargo, también cuenta con trabajadores y trabajadoras de empresas tercerizadas que son, en su mayoría, negros y trabajan en servicios de limpieza, alimentación, recepción, entre otros. ¿Cuál es la función de Laura en esta dinámica? ¿En qué empresa trabajaría, dado que su cuerpo negro y periférico indicaría una posición social?

Tímida, entonces, la chica responde: "soy estudiante y pasante", ingresa su contraseña una vez más y logra pasar el turno, dejando atrás un silencio ensordecedor.

Más que una tarjeta de identificación, la raza identifica y constituye a los individuos (Almeida, 2019). Los estudiantes que hacen pasantías en ese hospital son, en su mayoría, blancos, sus rasgos y color de piel ya los identifican como estudiantes, no quedan dudas. Sin embargo, en el caso de Laura, su piel oscura y sus rasgos negros dejaban dudas, pero también una certeza: el racismo está en nosotros, en el hablar, en el mirar, en fin, en el vivir.

Las vivencias como la de Laura en Brasil son experimentadas cotidianamente, como nos indica la historiadora Luana Tolentino, quien fue abordada en la calle por una mujer blanca que le preguntó si hacía trabajos de limpieza; ella, altiva y segura, respondió: "No, estoy haciendo mi maestría, soy profesora" (Basilio, 2017). Durval Teófilo estaba abriendo la puerta de su casa y fue baleado por un vecino, quien dijo haberlo confundido con un delincuente (Carta Capital, 2022). Hechos como estos muestran cómo, estratégicamente, se les niega a la población negra la posibilidad de ser y estar en funciones y lugares considerados importantes en el espacio social brasileño. Esto es resultado del racismo estructural que busca una dimensión de poder, en la cual un grupo tiene el poder de gestionar la vida del otro grupo. El racismo, como proceso histórico y político, crea las condiciones sociales para que, directa o indirectamente, grupos identificados racialmente sean discriminados de forma sistemática. Por lo tanto, el racismo es una consecuencia de la propia estructura social, es decir, del modo "normalizado" en que se constituyen las relaciones políticas, económicas, jurídicas e incluso familiares, no siendo una patología social ni un desorden institucional (Almeida, 2019).

¿Cómo se están forjando estrategias de resistencia a eventos como estos? ¿Es posible tener esperanza de que situaciones como las de Laura, Luana y Durval ya no vuelvan a ocurrir? ¿Cómo aparecen las prácticas racistas en los gestos de un hospital? ¿Cómo instituir una psicología hospitalaria antirracista? ¿Qué herramientas de análisis forjar en el contexto hospitalario en esta dirección ético-política? ¿Cómo la psicología hospitalaria ha reafirmado prácticas en salud como un proceso permanente que priorice la historia singular de cada individuo? ¿Qué posibilidades de construcciones colectivas llevar a cabo en los hospitales para que pacientes y profesionales negros no vean perjudicada su salud por el racismo? Estas preguntas, que permanecen sin respuestas efectivas en las políticas públicas, demuestran la relevancia científica y social del presente estudio. Por lo tanto, a partir de estas cuestiones, este trabajo tiene como objetivo presentar aspectos relacionados con la observación participante realizada en un hospital en forma de relato de experiencia, con el fin de provocar e incentivar el análisis y la discusión sobre los desafíos que enfrenta la psicología en el contexto hospitalario, incluido el racismo estructural impregnado en los cuerpos y gestos que se actualizan institucionalmente en ese establecimiento.

El presente relato de experiencia sigue la línea argumentativa, iniciada ya en la introducción, con el propósito de presentar cómo el racismo estructural se constituye en el hospital y configura el cotidiano de los sujetos. Por consiguiente, presentaremos la metodología utilizada para la recolección de información en el lugar de pasantía y expondremos el contexto del SUS y las clínicas que formaron parte de esta experiencia. Luego, en el desarrollo, continuamos con la base teórica trayendo la historia de la clínica y de las instituciones hospitalarias conectadas con la actualidad vivida en el Hospital Universitario, dada nuestra orientación hacia el análisis institucional. El hospital, la medicina, la salud colectiva, los modos de gestionar el cuidado son instituciones y, como tales, no pueden ser tomados como naturales y obvios. Se trata de modos en los que los seres humanos, en determinados momentos de la historia, van constituyendo modos de vivir a partir de valores, principios, direcciones éticas de vida. Con el fin de presentar los resultados, agrupamos casos atendidos que fueron analizados y discutidos en la

sección siguiente, donde consideramos que, a pesar de que las enfermedades sean diferentes, la raza es un factor que modifica la gravedad del paciente y el modo en que será escuchado. Concluyendo el trabajo, proponemos caminos posibles para la continuidad y creación de nuevas tecnologías y políticas públicas en la ampliación del cuidado y retomamos la pregunta central del estudio: "¿tiene la psicología hospitalaria color?".

Metodología

La metodología utilizada en el estudio fue de enfoque cualitativo, exploratorio. La observación participante, como elaborada por [Simões](#) y Sapeta (2019), fue realizada junto con las psicólogas responsables de cada clínica visitada. Las técnicas utilizadas seguían una escucha activa y el acogimiento del paciente a partir de una anamnesis con preguntas abiertas, proporcionada por el hospital, que nos permitió explorar más sobre los pacientes, más allá de las quejas que presentaban a la psicóloga. El material recolectado y registrado en diario de campo fue organizado siguiendo las recomendaciones de [Nascimento](#) y Lemos (2020) y fue analizado semanalmente en encuentros de orientación de pasantía con la profesora responsable, donde analizamos e interpretamos las experiencias de pasantía basadas en un análisis institucional.

Este enfoque fue considerado el más adecuado para captar el objeto de estudio, ya que desde la perspectiva institucional no existe una delimitación metodológica estándar ([Tolbert](#) & Zucker, 1999). Destacamos que el análisis institucional de linaje francés tiene como objetivo analizar las instituciones dando visibilidad, sacando a la luz lo que a primera vista no puede ser percibido. Analizar las instituciones es mostrar los caminos de construcción de lo que se da por sentado, considerado como obvio y natural. Realizar un análisis institucional es producir una lectura obtusa de la realidad, es decir, lo obtuso perturba, es discontinuo, abre sus alas hacia el exterior, es indiferente a lo trivial. Lo obtuso trasciende lo obvio. El institucionalismo francés se niega a caer en la obviedad de los discursos racistas, sexistas, homofóbicos que surgen como naturales/obvios.

El contenido aquí relatado fue vivido en un Hospital Universitario que se encuentra en el nivel terciario de la red del Sistema Único de Salud (SUS – Sistema Único de Saúde) y está ubicado en Vitória, capital del estado del Espírito Santo, en la región sudeste de Brasil. Se siguió la dinámica hospitalaria de la clínica quirúrgica y la clínica médica semanalmente durante el período de mayo a julio de 2023. Para ser incluido en este relato, el paciente debía ser usuario del SUS y haber sido derivado para tratamiento y/o seguimiento en una de las dos clínicas del Hospital Universitario. Se excluyeron de esta investigación aquellos pacientes que estaban internados en otras clínicas del hospital o que estaban imposibilitados de recibir atención psicológica por cuestiones de salud. En total, se atendieron a 30 pacientes de edades que variaban entre 22 y 79 años, de diferentes géneros. Los usuarios provenían de estados de las regiones sudeste y nordeste de Brasil, y el 73,6% de la población atendida era negra. Se solicitó al hospital un término de compromiso para cada clínica seguida, a partir de criterios técnicos y éticos establecidos por la coordinación de pasantías obligatorias de la Universidade Federal do Espírito Santo y el consejo de Ética del hospital universitario, se autorizó la observación de la dinámica hospitalaria.

El SUS, instituido por las Leyes Federales 8.080/1990 y 8.142/1990 de la Constitución Federal de 1988, entiende al Estado democrático y de ciudadanía plena como determinantes de una salud, como derecho de todos y deber del Estado (Paim, 2009). Este sistema se construye sobre los principios de universalidad en el acceso independientemente de la clase, etnia, orientación sexual y género u otras características; el principio de equidad, que prevé prácticas de salud que acompañen los diferentes modos de vida y el acceso universal a las acciones y servicios de salud; el principio de integralidad, según el cual no se puede limitar la atención sanitaria a la asistencia médica curativa, sino que debe incluir la prevención de enfermedades, el control de riesgos y la promoción de la salud, que busca al sujeto integral y no solo la atención de la enfermedad, sino la salud y la vida con calidad (Paim, 2009).

En este contexto, se instituyeron tres niveles de intervención en salud en el SUS: el nivel primario, el secundario y el terciario. El nivel primario se refiere a los cuidados preventivos y educativos dirigidos a la prevención de la patología. Este nivel ocurre en las Unidades Básicas de Salud (UBS – Unidades

Básicas de Saúde), a través del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Básica (NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) (Dimenstein et al., 2022). El nivel secundario, representado por los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), promueve el cuidado a través de servicios más específicos, con el objetivo de facilitar la rehabilitación psicosocial del sujeto, sin necesidad de su internación (Paim, 2009). Por otro lado, el nivel terciario se enfoca en condiciones urgentes e intensivas, atendidas a través de la hospitalización. Las intervenciones se realizan mediante equipos que brindan asistencia en cirugías, hemodiálisis, entre otros tipos de cuidados (Paim, 2009).

La clínica quirúrgica se caracteriza por la diversidad de intervenciones que realiza. Es un trabajo desafiante que involucra desde actos quirúrgicos hasta la atención de diversas comorbilidades que requieren tratamiento adecuado. Los procedimientos de salud del paciente quirúrgico son realizados por diferentes profesionales de manera integrada durante todo el proceso quirúrgico. El paciente quirúrgico, al experimentar los diversos procedimientos de atención, combina y da significado subjetivo a los procedimientos de asistencia prestados y esta experiencia puede o no viabilizar todo el proceso quirúrgico (Turra et al., 2011).

Por lo tanto, el acto quirúrgico, la hospitalización, las consultas médicas, entre otras especificidades, se constituyen como actos invasivos, adquieren significados y producen sentimientos que varían según el paciente, su historia y el sentido que la hospitalización y la intervención quirúrgica representan para él. La subjetividad se refiere al proceso por el cual algo se vuelve constitutivo y perteneciente al individuo, de tal manera que esta pertenencia se vuelve única, singular (Leontiev, 1978). Estos aspectos psíquicos comienzan a ser considerados a través de una visión integral del paciente, donde el cuerpo, la historia de vida personal y el momento histórico-social interfieren en el proceso de enfermar y en la interpretación del paciente sobre sus síntomas (Engel, 1977). De esta manera, el reconocimiento de lesiones tisulares reales, de las experiencias de vida y del momento social actual influyen en la presentación de la enfermedad y en la evaluación por parte del profesional de la salud (Shorter, 2005).

La clínica médica se caracteriza por la atención a sujetos con diversas comorbilidades, como enfermedades

contagiosas que requieren aislamiento. Los pacientes con enfermedades raras o genéticas corren el riesgo de recibir un diagnóstico erróneo y también pueden enfrentar desafíos materiales, emocionales y estructurales, como la falta de aparatos específicos que detecten la enfermedad (Lriart et al., 2019). Por lo tanto, a pesar de la baja rotación en comparación con la clínica quirúrgica, en la clínica médica los pacientes suelen estar hospitalizados por más de una semana. Gomes & Fraga (1977) destacan que el tiempo de hospitalización de los pacientes es una de las mayores preocupaciones de los sujetos internados, además de la soledad, el miedo a que la enfermedad sea incurable y la falta de información sobre su enfermedad y tratamiento. En estos espacios, el psicólogo tiene el objetivo de acoger el sufrimiento durante el proceso de enfermedad del paciente hospitalizado, para facilitar la expresión de sus sentimientos en la comprensión de la situación vivida, proporcionando también seguridad a través de una relación de confianza entre ellos, facilitando la verbalización de dudas, idealizaciones y fantasías derivadas del proceso de internación (Sebastiani & Maia, 2005).

Por lo tanto, la función del psicólogo hospitalario debe perseguir un cuidado humanizado, como lo propuesto por la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión de la Salud (PNH - Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde) (Ministério da Saúde, 2004), es decir, un conjunto de estrategias utilizadas para la cualificación de la atención y la gestión en salud, a través de actitudes ético-estéticas-políticas en sintonía con un proyecto de corresponsabilidad y cualificación de los equipos interprofesionales y entre estos equipos y los usuarios en la producción de salud (Ministério da Saúde, 2004). Por lo tanto, se considera que la psicología en el espacio hospitalario forma parte de este proceso de humanización, cuidando al sujeto a través de una escucha humanizada, permitiendo una elaboración simbólica de la enfermedad para ayudar al paciente a atravesar la experiencia de la enfermedad (Simonetti, 2016). Según la PNH, se entiende la humanización como la valorización de los diferentes sujetos implicados en el proceso de producción de salud: usuarios, trabajadores y gestores. Se trata, entonces, de priorizar la voz de los sujetos, escuchar, acoger, de manera que el diálogo resultante de esta interacción facilite la promoción de la salud y la autonomía (Ministério da Saúde, 2004).

Desarrollo de la historia de la clínica y de las instituciones hospitalarias

Comprender y argumentar teóricamente la pregunta central que sustenta el objetivo del estudio: "¿tiene color la psicología hospitalaria?", es fundamental explorar la historia del hospital y los cuerpos que lo habitaban, considerándolo como una institución, es decir, un efecto de la producción humana. En Europa, hasta el siglo XVIII, el hospital se transformó en un lugar de muerte, una mezcla de preparación espiritual para la muerte, exclusión y asistencia a los pobres debido a su peligrosidad cuando estaban enfermos (Foucault, 1966/2017). Según Foucault (1966/2017), el hospital comenzó a medicalizarse siguiendo el modelo de los hospitales militares y marítimos, debido a la necesidad de organizar la sociedad, establecer lo correcto y lo incorrecto, y dictar cómo los miembros de las familias deberían comportarse socialmente para regular las cuestiones de higiene y modos de vida. Sin embargo, con la reorganización política, económica y disciplinaria del hospital, el poder pasó a ser confiado al médico y su conocimiento (director médico). El valor del hombre-soldado-marino se incrementó, ya no se podía dejarlo morir, era necesario curarlo, por lo tanto, el papel de la medicina no se basaba en el hombre enfermo, sino en los intereses económicos del Estado.

La reorganización del hospital no se basó en la técnica médica, sino en la disciplina, una tecnología de control y poder sobre el hombre que comenzó a ejercerse en el contexto hospitalario (Foucault, 1966/2017). La medicina comenzó a intervenir en el entorno y no en el paciente, utilizando la vigilancia, la disciplina/control de los cuerpos y la organización espacial del hospital. Finalmente, se comenzaron a realizar registros en forma de historias clínicas, que registraban las entradas y salidas del paciente, y también servían a la medicina como generación de conocimiento y saber. El control del hospital se hace evidente en la experiencia de la enfermedad, ya que el paciente es aislado de su contexto y privado del poder y conocimiento de sí mismo. Por lo tanto, la hospitalización lo priva de su rutina, de su hogar, de sus hábitos, de su privacidad y la sensación de finitud lo priva del campo de las certezas y lo sumerge en una condición desterritorializante que produce sufrimiento (Gomes & Próchno, 2015).

El cuerpo, en el contexto del capitalismo, se convierte en un objeto del biopoder (Foucault, 1966/2017, p. 80). El control de la sociedad sobre los individuos no se ejerce simplemente a través de la conciencia o la ideología, sino que comienza en el cuerpo mismo. A partir del siglo XX, el cuidado gradualmente prescindió de la escucha, la pregunta, el toque, el conocimiento del paciente sobre sí mismo y sobre su cuerpo. El cuerpo enfermo señala el dolor de la imposibilidad de controlar la vida y la muerte para ser feliz y permanecer en la vida frente a la muerte. El cuerpo, la subjetividad y el deseo, homogeneizados en la contemporaneidad, a veces encuentran en la enfermedad la especificidad del sujeto como cuerpo enunciado.

La psicología ingresó al contexto hospitalario al final de la Segunda Guerra Mundial; en la década de 1970, la American Psychological Association (APA) oficializó el campo de la psicología de la salud y comenzó a difundir directrices para la actuación de la psicología en el ámbito de la salud, promoviendo la integración entre teoría, práctica e investigación. En Brasil, específicamente, la psicología de la salud en el contexto hospitalario dio origen a un área específica, la psicología hospitalaria, reconocida por el CFP en 2000. A pesar de las diversas contribuciones en psicología hospitalaria, todavía existen desafíos por superar con la inserción de la psicología en el entorno hospitalario, como consolidarse como una de las profesiones de asistencia terciaria en el contexto hospitalario, la necesidad de una formación académica que promueva el desarrollo de habilidades y competencias para una actuación crítica y reflexiva en el área, crear referencias teóricas y prácticas más comprometidas con la atención integral a la salud y ampliar el número de profesionales en el campo (Silva, et al., 2017).

La historia del nacimiento del hospital y la entrada de la psicología en el ámbito hospitalario aún se inscribe en la cotidianidad de la dinámica hospitalaria. Por lo tanto, es necesario el posicionamiento de la psicología frente al equipo multiprofesional, demostrando la importancia de la función de escucha con la intención de ofrecer cuidado integral al paciente. Tal escucha hace que haya adhesión al tratamiento, ya que disminuye la ansiedad que muchos pacientes sienten por la falta de una explicación accesible sobre su diagnóstico, su tratamiento, entre otros. La mencionada escucha también puede promover la consecuente disminución de los dolores, dado

que la ansiedad genera tensiones musculares que acentúan los dolores que el individuo siente. Además, la posición tomada por la psicología es capaz de dar visibilidad al hecho de que involucrar al paciente en la construcción de su cuidado es imprescindible para el cuidado en salud.

Resultados

A partir de los resultados fue posible identificar la predominancia de la jerarquía de cargos en el hospital, lo que culmina en la activación de los psicólogos por parte de otros profesionales solo cuando el paciente tiene una tristeza extrema o no quiere colaborar con el tratamiento, señalando un cierto tipo de aislamiento del psicólogo hospitalario como "útil" solo en estas situaciones. No obstante, el posicionamiento de la psicología en la escucha constituye un instrumento que permite transgredir la lógica jerarquizada impuesta por el saber médico en el hospital, donde el psicólogo es activado para "resolver un problema", no siendo incluido, muchas veces, en el trabajo del equipo, a fin de ofrecer el cuidado digno y acorde con los principios del SUS. ¿No demostraría tal hecho la percepción de los demás profesionales sobre la actuación de este profesional en el contexto hospitalario?

Además, las prácticas racistas forman parte del cotidiano del hospital, observamos que muchas veces el color de la piel, debido al racismo estructural, conlleva experiencias de sufrimiento y violencia que no son tomadas en consideración o como factor relevante para el tratamiento integral del paciente. Un ejemplo de ello son las historias de madres enlutadas que perdieron a sus hijos a través de una muerte violenta. Por lo tanto, aquí nos preguntamos, ¿las dolencias y comorbilidades que presentan los pacientes negros al llegar a un hospital público no serían efectos de este sufrimiento causado por obstáculos o por la vulnerabilidad a la que la población negra está sometida? La banalización de la violencia contra la población negra se manifiesta en la forma en que esta mujer es escuchada hasta ahora en los servicios públicos de salud.

Además de esta situación, también abordamos otras demandas de mujeres, con relaciones amorosas/familiares abusivas, madres de niños con

discapacidad, que no tenían la mínima posibilidad de autocuidado básico. Estas mujeres se quejan de la preocupación por sus hijos y de la necesidad de salir del hospital para cuidar de aquellos que, según ellas, no sobrevivirían sin ellas. La vida de las mujeres negras está marcada por el abandono y la profunda soledad que, generalmente, las afecta. De esta manera, es posible comprender la importancia de una escucha atenta al racismo y al sexismo que se actualiza en el cuerpo de estas mujeres que sufren situaciones de violencia dirigidas a la población negra. Esto nos desafía a adoptar una postura ético-política que afirme un antirracismo en las prácticas de salud. ¿Cuáles son las consecuencias de esta situación para la salud física y mental de estas mujeres?

Así, observamos que toda enfermedad presenta aspectos psicológicos y subjetivos, que se manifiestan más allá de las causas orgánicas de la enfermedad, mostrando cómo las causas psicogénicas de la enfermedad necesitan recibir atención, en contraposición a prácticas biomédicas y centradas en lo médico, después de todo, el individuo produce síntomas fisiológicos como efecto del estrés y el sufrimiento (Azevedo & Crepaldi, 2016). Dicho esto, estos aspectos psicológicos de la enfermedad aparecen en momentos diferentes como desencadenantes, agravantes, causas, consecuencias y mantenimiento (Azevedo & Crepaldi, 2016). Así, la enfermedad puede surgir como resistencia y denuncia.

Como resistencia, el cuerpo asume un lugar de no decir del sujeto, aun diciendo de sí corporalmente enfermo y fragmentado, pues denuncia una lógica de producción sobre el hombre instituida no a partir de lo que puede ser. La ascensión de nuevos y múltiples cuerpos sin sujetos virtuales y plastificados en proceso de subjetivación borra al sujeto del discurso y aprisiona al hombre en la libertad, sin embargo, frente a la enfermedad y la hospitalización la idealización de un cuerpo sufre un gran revés (Gomes & Próchno, 2015). En este sentido, el trabajo de la psicología se hace analizando la posición del sujeto frente al padecimiento, teniendo en cuenta que siempre estamos a merced de lo imprevisible, de las incertidumbres, de lo desconocido y no comprendido, frente al desamparo y fragilidad constituyentes del ser humano. Tal mirada y escucha activa se constituyen como el instrumento de la psicología en el contexto del hospital. Es para escuchar ese cuerpo que escapó a los excesos por la vía del padecimiento que la psicología es convocada a estar en el hospital (Simonetti, 2016).

En las clínicas frecuentadas, se percibió que el ansia por tener un diagnóstico constituye una demanda de muchos pacientes, muchos de ellos llegan en estados muy graves. A modo de ejemplo, cabe aquí citar un señor de 76 años que llegó al hospital sufriendo un infarto agudo de miocardio y tras investigaciones se descubrió que su corazón había trabajado más, debido a una inflamación en los riñones. Este empeoramiento de las condiciones de salud del sujeto provoca sentimientos de angustia y ansiedad, y para que el diagnóstico sea elaborado los médicos indican diversos exámenes y medicamentos, con el objetivo de "resolver el problema". Como describe Camon (2001), el paciente internado pasa por diversas fases frente a la internación, como la negación, la negociación, la ganancia secundaria, la rebeldía, la depresión y la aceptación. Estas fases no son lineales y son interrumpidas por acontecimientos de la vida de los sujetos. Un ejemplo de esto puede pensarse cuando un paciente es internado por más de un mes y pasa por varias fases como las posibilidades de salida del hospital, dadas por el equipo médico, tristeza por los cambios en la apariencia, debido a un procedimiento quirúrgico, sentimiento de abandono/soledad, negación de su grave cuadro y, finalmente, tener que esperar el momento adecuado para salir y volver a la vida cotidiana. En todas estas fases es de suma importancia el acompañamiento psicológico para proponer y pensar con el paciente los cuidados necesarios tras la hospitalización, buscando entender que muchos cambios ocurrieron durante el período de hospitalización, y principalmente ayudar al individuo en el reconocimiento de este nuevo cuerpo, con nuevos contornos y marcas provocadas por el proceso de internación.

De esta forma, se constata que el proceso de padecimiento y la hospitalización implican un modo de organización emocional del sujeto, abre grietas psíquicas, hace visible la incompletud y la fragilidad al paciente y a todos los que están con él (Simonetti, 2016). Por lo tanto, la escucha psicológica en el hospital puede ser una escucha diferente de otras disciplinas. Es una escucha de la herida, del sujeto que sufre por intentar mantenerse en la ilusión de la completud, que ante la enfermedad, reconoce, a veces por primera vez, su fragilidad. Escuchar es dar oído a lo que se enuncia solo veladamente, que solo un oído atento puede acoger y estar atento a las fragilidades, síntomas, en fin, sucesos insurgentes e inconscientes (Fernandes, 2011). Escucha que demanda atención más allá de la palabra, que percibe

el tacto, o incluso la sonrisa, como una vía para que el psicólogo se acerque al sujeto, poniendo en cuestión los modos de actuar en psicología que aún pueden ser capacitistas y desligados de la existencia concreta de algunos cuerpos.

Discusión

La escucha hospitalaria y la transdisciplinariedad en el cuidado: el color de la locura

Durante la observación participante, se pudo constatar que la demora en el diagnóstico también es consecuencia de la alta demanda de pacientes con enfermedades raras en la clínica médica. A modo de ejemplo, cabe citar el caso de un joven negro de 27 años que llegó al hospital con diversas dolencias en el cuerpo. Los médicos investigaron algunas hipótesis, pero nada aliviaba el dolor del paciente. En una de estas ocasiones, una enfermera le dijo que no le aplicaría otra dosis de Tramadol, porque su "diagnóstico era locura" (sic), que estaba sufriendo trastornos mentales y no una enfermedad "real" (sic). Al relatar este incidente, intervenimos de inmediato, brindándole apoyo y comunicándole que tenía derecho a recibir atención que validara sus sentimientos y dolores. Después de atender al paciente, hablamos con el equipo médico y, en la reunión interdisciplinaria, la psicóloga destacó la importancia de no desacreditar al paciente por una sospecha de trastorno mental. Tras esta situación, los médicos concluyeron que el paciente realmente tenía una enfermedad rara que necesitaba ser investigada mediante un examen específico, y que el tratamiento costaba 50 mil al mes. Este caso confirma los desafíos enfrentados por las personas con enfermedades raras, como exponen [Lriart et al. \(2019\)](#), y subraya que debido al color de la piel del paciente, su búsqueda de diagnóstico estará también impregnada de racismo.

Cuando pacientes negros tienen su dolor desacreditado por algún miembro del equipo hospitalario, la sugerencia de trastorno mental para el paciente "que se queja" se considera fácilmente como una hipótesis, y el descrédito de este paciente se establece junto con una historia social que rodea al sujeto loco. Cuando se sugiere rápidamente un diagnóstico de trastorno mental, ¿quiénes son estos locos? ¿Tienen color? A través de este caso, observamos que la escucha del equipo profesional

del hospital, además de estar atravesada por las múltiples complicaciones que ocurren antes y durante la atención, también está conformada por todo el contexto histórico asistencialista del siglo XVIII y los procesos de exclusión prejuiciosos descritos por [Foucault \(1966/2017\)](#). De esta manera, aún hoy en día, algunos cuerpos son tratados como más merecedores de una escucha acogedora, que permita la pregunta, el tacto y el conocimiento del enfermo sobre sí mismo, que otros cuerpos. Y esto se evidencia mucho, sobre todo, cuando se trata de cuerpos negros.

La Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2003 caracteriza a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) en su mayoría como mujeres y niños, negros y pardos, con bajo nivel educativo y de ingresos, asociados a un estado de salud regular o malo al utilizar los servicios del SUS ([Ribeiro et al., 2006](#)). La literatura también muestra que la población negra es más propensa a tener comorbilidades y condiciones de salud como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus, la anemia falciforme, la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y la tuberculosis ([Ministério da Saúde, 2013](#); [Werneck, 2016](#)). Este perfil de salud más crítico de la población negra proviene de diferentes contextos históricos, basados en la negación de derechos básicos como el acceso a la salud. Así, el racismo es un grave problema de salud pública tanto para la población negra, que sufre una serie de patologías, como para la población blanca, que perpetúa el mantenimiento de las desigualdades raciales ([Tavares & Kuratani, 2019](#)).

Las instituciones reproducen las condiciones para el establecimiento y mantenimiento del orden social, y, por lo tanto, desarrollan una actuación vinculada a una estructura social, como la brasileña, que es racista ([Almeida, 2019](#)). En consecuencia, las instituciones que no se preocupen activamente por el problema de la desigualdad racial fácilmente reproducirán las prácticas racistas normalizadas en la sociedad. Este racismo institucional puede observarse no solo en la falta de residentes y médicos negros trabajando en el hospital, sino también en el debate sobre si sería necesario que los pacientes fueran cuestionados por la psicología sobre su autodeclaración de raza o etnia.

Según la Dirección de ANPEGE (Asociación Nacional de Posgrado e Investigación en Geografía, Gestión 2021-2023), el Censo Demográfico del IBGE de 2022 reveló

un aumento significativo de la población brasileña que se autodeclara negra (+32%) o parda (+11%). A partir de 2010, los negros y pardos dejaron de representar el 53% de la población total y pasaron a representar el 56,1% (Oliveira, 2023). Por otro lado, la población que se autodeclara blanca disminuyó del 46,3% al 43%. El Censo también revela el total de la población quilombola del país: 1.327.802 personas (Oliveira, 2023). Así, aunque es evidente que la mayoría de la población del país es negra, autodeclararse como tal siempre ha sido un gran desafío debido al racismo estructural y a la blanquitud. Podemos observar cambios en este panorama a lo largo del siglo XXI debido a cambios en el ámbito educativo, asociados a políticas públicas de reparación histórica, como es el caso de las cuotas, con efectos importantes en la cultura de la sociedad. Los quilombos han asumido nuevas formas y conceptos y hoy se encuentran presentes en las ciudades y en el campo, en los hogares y en las redes sociales, en las políticas públicas y en las escuelas. ¿La materialidad de la vida cotidiana corresponde a este nuevo imaginario colectivo sobre ser negro? ¿Cómo se manifiesta la desigualdad racial en Brasil? Este panorama reafirma nuestra apuesta ético-política de manera que en las prácticas en Psicología Hospitalaria sea necesaria la identificación de los pacientes a partir de su autodeclaración de raza o etnia.

La identidad racial: ¿a quién le importa?

Aunque se sabe que la población negra está más expuesta a factores de riesgo para la salud mental y física, como lo demuestra el Atlas de la Violencia de 2022, en el que la tasa de homicidios en relación con las personas negras alcanzó el 37,8% en 2016, mientras que para el resto de la población el índice no superó el 13,9%, es decir, el 75,7% de las personas asesinadas son negras o pardas (Ipea, 2022). Este sistema, en el cual el sujeto blanco es el universal y centro de todo debate, permite que el mito de la democracia racial permanezca intacto, ya que el sujeto blanco sigue siendo el sujeto no racializado y, por lo tanto, no necesita reflexionar sobre su identidad racial blanca o blanca (Bento, 2022). Otro factor que fundamenta esta postura de la blancura es el pacto narcisista de la blancura, que sería un pacto no verbal que los blancos inconscientemente pactan entre ellos, con el objetivo de continuar manteniendo los privilegios meritocráticos del pueblo blanco (Bento, 2022).

Con esto, el profesional blanco puede fundamentar su actuación escuchando el dolor de sus iguales, a fin de no ignorar que para que se elaboren políticas públicas efectivas específicas para atender las demandas de la población negra, es necesario que los datos sobre la raza se registren en los expedientes médicos y se transmitan a la gestión. "Es necesario reconocer los modos de hacer que sucedan las políticas públicas, indicando la urgencia en la creación de dispositivos que den soporte a la experimentación de las políticas en el juego de conflictos de intereses, deseos y necesidades de los diferentes actores que componen la red de salud" (Barros & Passos, 2000, p. 5). Y si la gestión actúa para cuestionar las desigualdades, tal vez podamos analizar mejor por qué se precarizan los servicios ofrecidos en el SUS. ¿Por qué los altos índices de violencia obstétrica contra mujeres negras? ¿Y por qué muere un joven negro esperando atención después de ser baleado en un tiroteo con la policía?

La política nacional de salud integral de la población negra (PNSIPN), creada por el Ministerio de Salud en 2009, tiene como objetivo mejorar la salud de la población negra, reconociendo los procesos socioeconómicos y culturales que contribuyen a la morbilidad de este pueblo (Ministério da Saúde, 2013). A pesar de esta estrategia estatal, los principios del SUS y la Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión de la Salud aún no se realizan plenamente para todos los cuerpos. La pandemia de coronavirus ha puesto de manifiesto esta realidad, mostrando que ser negro o pardo era un factor de riesgo para la mortalidad por COVID-19 (Dantas et al., 2022).

Así, el profesional de la salud se mantiene constantemente atento a su práctica en el hospital, cuestionando su postura en medio de esta política de muerte. Para un Estado que actúa a través de la Necropolítica, algunos cuerpos se asemejan a "montones de basura", cuerpos en descomposición, cuyos gobiernos son responsables de producir tecnologías que los hacen morir cotidianamente (Mbembe, 2017). Parte de esta muerte se da a través del silenciamiento o de la falta de escucha del sujeto, del intento de hacer que los sujetos sean ajenos a sí mismos, dependientes, antagónicos y no participantes y co-responsables de sus propias vidas.

Por lo tanto, es imposible separar lo singular de lo colectivo, los modos de cuidar de los modos de gestionar, la macro y la micropolítica, porque los procesos de subjetivación se dan en un plano colectivo, y este plano está poblado por la diversidad y la discrepancia de pensamientos que se encuentran en los enfrentamientos de fuerzas (Benevides, 2005). En esta perspectiva, la transdisciplinariedad se trata de un concepto-herramienta que subvierte el eje de sustentación de los campos epistemológicos, gracias al efecto de desestabilización tanto de la dicotomía sujeto/objeto como de la unidad de las disciplinas y de los especialismos (Barros & Passos, 2000). Con esto, el conocimiento también es una forma de implicación e interferencia que se mueve en la producción tanto del objeto/sujeto estudiado como del sujeto de un determinado saber o especialismo (Barros & Passos, 2000). Por lo tanto, la transdisciplinariedad en el cuidado se vuelve esencial y para que haya transversalidad en el equipo multiprofesional, es necesario cuestionar la verticalización de los procesos de trabajo, marcados, muchas veces, por prácticas antidemocráticas.

De esta manera, ¿no deberían tanto la gestión como el equipo multiprofesional adoptar una postura de cuidado ampliado en el entorno hospitalario? Y para que esta postura se materialice, es imprescindible asumir la responsabilidad sobre el sujeto en el servicio, trabajar en la intersectorialidad buscando ayuda de otros sectores, reconocer los límites del conocimiento y las tecnologías empleadas en el servicio, asumir un compromiso ético haciendo y rehaciendo un examen de los valores reproducidos en el trabajo, producir constantemente la capacidad de equilibrar la lucha contra la enfermedad con la producción de vida, producir una escucha acogedora y que resignifique el síntoma, transferir, crear afectos y vínculos (Ministério da Saúde, 2013).

Conclusión

Palabras (in) concluyentes

Dados los hechos presentados, entendemos que son muchos los desafíos enfrentados por la psicología en el contexto hospitalario. Tomamos en análisis el funcionamiento del hospital, sus efectos en la vida de los sujetos y cómo aún ocupa una centralidad como lugar para enfrentar el sufrimiento que enferma.

¿Cómo poner en funcionamiento una gestión hospitalaria que propicie una política de compartición del paciente entre los equipos de atención y no solo encaminamientos burocráticos? Y si las crisis que hacen que el equipo se mueva, que obligan a ampliar el cuidado, construir redes, crear nuevas tecnologías y políticas públicas, fueran procesos prioritarios en los servicios del SUS. Finalmente, después del material presentado aquí, invitamos a la reflexión y retomamos la pregunta central de esta investigación: ¿tiene color la psicología hospitalaria? Y si lo tiene, ¿sería este color blanqueado por el proceso constitucional racista de la psicología?

Además, nos preguntamos si todos los profesionales de la psicología pueden tener una mirada no reduccionista en la atención integral al paciente, de manera que no lo reduzcan a un síntoma, sino que busquen entender el contexto en el que está inserto y, así, construir un cuidado no tutelar y humanizado, es decir, que afirme la autonomía de los sujetos como señala la PNH. Con esta postura, creemos que se puede viabilizar una actuación más democrática y facilitadora de los principios del SUS. Así, a través de este trabajo, constatamos la importancia del SUS y de mantener lo que el Sistema Único de Salud trae en el nombre sistema, es decir, un conjunto de redes/equipamientos que deben estar vinculados y ejerciendo diversos tipos de comunicaciones y encaminamientos entre sí. Además, al pensar en el servicio del SUS, no podemos dejar de destacar quiénes son, en su mayoría, los sujetos que utilizan este sistema de salud: personas negras, periféricas y de bajos ingresos.

Por lo tanto, pensar en un SUS que considere el racismo como productor y constituyente de cuerpos se convierte en una agenda inaplazable. Considerar la raza al componer cuidados para un paciente interfiere directamente en la construcción de los cuidados adecuados al contexto, historia y vida del individuo, ya que estos son sujetos en creciente vulnerabilidad social. Así, los recursos que proporcionan un mejor enfrentamiento durante el proceso de enfermedad a menudo están ausentes, ya sea el apoyo social (familia, comunidad, entre otros), las condiciones financieras para continuar el tratamiento después de la consulta/internación, la accesibilidad a los servicios, la ubicación de la vivienda, entre otros. Estos obstáculos forman parte de la vida de quienes constituyen la mayoría de los usuarios del SUS, por lo tanto, la raza y la vulnerabilidad deben ser discutidas,

destacadas y se vuelve necesaria la ampliación y construcción de políticas públicas que atiendan y consideren a individuos de color.

Se considera importante señalar las limitaciones encontradas durante el estudio que fueron la gran rotatividad de pacientes, lo que imposibilitó un seguimiento continuo, resumiéndose en el acogimiento y en los encaminamientos para la red, el corto tiempo de recolección de datos y la imposibilidad jerárquica de realizar cambios en el modo de gestión del hospital. A pesar de las limitaciones señaladas, se destaca que los resultados de este estudio contribuyen a una investigación exploratoria del tema, por lo que fue posible alcanzar los objetivos de la investigación y verificar que el racismo estructural aún constituye los modos de actuación de algunos profesionales. Estas prácticas racistas, además de imposibilitar la práctica de una atención humanizada, dificultan la toma de conciencia sobre qué significa ser blanco o no en un país constituido por racismo y el mantenimiento de un modo de gestión democrático en el cuidado de las personas negras. Para estudios futuros, se sugiere la utilización de la recolección de datos en todas las clínicas del hospital de forma longitudinal, buscando observar a lo largo del tiempo qué mejoras están intentando implementar los profesionales en su práctica de escucha hacia las personas negras. Estos datos podrán ser comparados y, así, será posible verificar empíricamente la validez de las investigaciones sobre el tema y agregar a la literatura teórica sobre la actuación en el contexto hospitalario.

Contribuciones de las autoras

Barros, M. E. B., Pereira, K. A. y Neves, M. B. participaron en la concepción de la pregunta de investigación, búsqueda y análisis estadístico de los datos de la investigación, interpretación de los resultados y redacción del artículo científico. Pereira, K. A. y Neves, M. B. participaron en la concepción de la pregunta de investigación y en la recolección e interpretación de los datos. Barros, M. E. B. participó en el diseño metodológico, análisis estadístico de los datos de la investigación e interpretación de los resultados del artículo científico. Todas las autoras revisaron y aprobaron la versión final y están de acuerdo con su publicación.

Conflictos de interés

No se declararon conflictos financieros, legales o políticos con terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo presentado (incluyendo, pero no limitado a subvenciones y financiamientos, participación en consejos consultivos, diseño de estudio, preparación de manuscritos, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* es indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural* [Racismo estructural]. Jandaíra.
- Azevedo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos [La Psicología en el hospital general: aspectos históricos, conceptuales y prácticos]. *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 [La construcción del plan de la clínica y el concepto de transdisciplinariedad]. *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" ["¿Haces limpieza? No, hago un máster. Soy profesora"]. *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? [La Psicología y el Sistema Único de Salud: ¿cuáles interfaces?]. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21–25. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude* [El pacto de la blancura]. Companhia das Letras.

- Camon, V. (2001). *E a psicologia entrou no hospital* [Y la psicología entró en el hospital]. Editora Pioneira Thomson.
- Carta Capital. (2022, 3 de fevereiro). *Rio: Sargento da marinha mata vizinho negro e alega ter confundido com ladrão* [Rio: Sargento de la marina mata a vecino negro y alega haberlo confundido con ladrón]. <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 [Reflexiones sobre la mortalidad de la población negra por covid-19 y la desigualdad racial en Brasil]. *Saúde e Sociedade*, 31(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 [Establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y funcionamiento de los servicios correspondientes y dispone otras medidas]. Diário da República. 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 [Prevé la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el sector de la salud y prevé otras medidas]. Diário da República. 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 [Atención psicosocial en los servicios de atención primaria de salud: desafíos para la integración en Brasil] *Revista Saúde Mental e Subjetividade*, 14(25),1–13. 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 [La necesidad de un nuevo modelo médico: un desafío para la biomedicina]. *Science*, 196(4286),129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernandes, M. (2011). *Corpo* [Cuerpo]. (F. Ferraz, trad.; 4a ed.). Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (2017). *Microfísica do poder* [Microfísica del poder] (R. Machado, trad.; 5a ed.). Paz e Terra. (Texto original publicado en 1966)
- Gomes, D. R. G., & Próchno, C. C. S. C. (2015). O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? [El cuerpo-enfermo, el hospital y el psicoanálisis: ¿desarrollos 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 [Enfermedades, hospitalización y ansiedad: Un enfoque en salud 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* [Violencia por Raza]. <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 [De la búsqueda del diagnóstico a las incertidumbres del tratamiento: desafíos del cuidado para las enfermedades genéticas raras en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10),3637–3650. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.01612019>
- Leontiev, A. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo* [El desarrollo del psiquismo]. Livros Horizonte.
- Mbembe, A. (2017). *Políticas de inimidade* [Políticas de enemistad]. 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* [Humaniza SUS: Política Nacional de Humanización: la humanización como eje rector de las prácticas de atención y gestión en todas las instancias del SUS]. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS* [Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra: una política para el 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
- Nascimento, M. L., & Lemos, F. C. S. (2020). A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo [La investigación-intervención en Psicología: los usos del diario 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? [¿Por qué una atención especial a las Geografías 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* [La Creación y la Implementación del 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 [Perfil sociodemográfico y patrón de utilización de servicios de salud para usuarios y no usuarios del 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 [Contribuciones de la psicología de la salud hospitalaria en la atención al paciente quirúrgico]. *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 [La historia del enfoque biopsicosocial en medicina: antes y después de 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 [Los desafíos que enfrentan los psicólogos hospitalarios en su práctica]. *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 [Entrevista y Observación. Instrumentos Científicos en Investigación Cualitativa]. *Investigación Cualitativa*, 1(1), 43–57. 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* [Manual de Psicología Hospitalaria: el mapa de la enfermedad] (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” [Manejo Clínico de las Repercusiones del Racismo entre Mujeres que se “Volvieron 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 [La institucionalización de la teoría 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 [Contribuciones de la Psicología en la atención al paciente quirúrgico: un análisis de la 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 [Racismo institucional y salud de la población negra]. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>