



**SOFRIMENTO, TERMINALIDADE E ESCUTA SENSÍVEL: RELATOS DE
UMA ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA NA PRÁTICA HOSPITALAR**

Joicy Andelcy Cruz França Rabelo

Acadêmica do 9º semestre de Psicologia

Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG

joicyandelcyfranca@gmail.com

Aline Mercedes Fonseca Ramminger

Supervisora Acadêmica do Estágio Supervisionado Específico I: Políticas de Saúde –

2025/1

Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG

aline.ramminger@univag.edu.br

O presente trabalho tem como tema o sofrimento, a terminalidade e a escuta sensível, a partir de vivências clínicas no estágio em Psicologia Hospitalar realizado em um hospital de Cuiabá. O ambiente hospitalar, sobretudo nos setores que lidam com pacientes em fim de vida, é um espaço de importante trabalho para o profissional de Psicologia, que compõe uma cena marcada pela presença da dor, da perda e da finitude para pacientes, familiares — e para si mesmo. E neste contexto, o estágio no âmbito hospitalar revelou-se um experiência essencial também na composição de elementos fundamentais do processo formativo do curso de psicologia, independente do modelo de atuação a ser adotado, pois complementa a formação por meio da inclusão de temáticas como a morte, saúde, pública e hospitalização, além promover uma importante tensão ao confrontar o estudante com questões ético-clínicas complexas e com a necessidade de desenvolver uma escuta sensível capaz de sustentar a dor do outro e as repercussões dessa dor em si mesmo. Angerami – Camon, (2002). Diante dessas circunstâncias, emerge uma problemática ético-clínica e formativa: como a angústia atravessa o processo de trabalho do psicólogo hospitalar ao lidar com pacientes e familiares em situações-limites? Como, ao ser convocado a escutar, é possível sustentar sofrimentos que por vezes tocam em suas próprias vulnerabilidades? O objetivo deste trabalho é provocar uma reflexão sobre a importância do autocuidado do profissional de Psicologia hospitalar, especialmente quando atua em contextos de terminalidade e cuidados paliativos. Essa prática deve ser compreendida não como um gesto secundário, mas como parte integrante de sua atuação ética e clínica. O autocuidado permite promover uma escuta sensível diante do sofrimento do outro, o que requer, simultaneamente, uma escuta de si, contribuindo para sustentar os sujeitos no processo do adoecimento. A orientação teórica do trabalho está alicerçada na Psicanálise, com base em autores como Sigmund Freud, Maria Lívia Tourinho Moretto e Alfredo Simonetti. Esses autores contribuem para compreender o sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente e seus familiares diante da finitude e da



perda, e oferecem subsídios para o manejo clínico da angústia que emerge nessas experiências — inclusive na escuta do próprio profissional. Segundo essa abordagem, o hospital é um cenário em que a lógica tecnicista tende a despersonalizar o sujeito, tornando ainda mais urgente a escuta clínica como forma de reconhecimento subjetivo. A Psicologia Hospitalar, conforme perspectiva de Valdemar Angerami-Camon, também fundamenta este trabalho ao destacar o papel do psicólogo como facilitador de vínculos e promotor da subjetividade em um ambiente institucional que tende a reduzir o paciente à condição clínica. Já Elisabeth Kübler-Ross e Maria Júlia Kovács contribuem com a compreensão dos processos de luto e terminalidade como experiências que podem ser atravessadas com suporte e dignidade, ao invés de vistas como fim abrupto e silencioso. O estágio foi realizado como parte do componente curricular de Estágio Supervisionado Específico em Políticas Públicas do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG, na modalidade não obrigatória, em um hospital da cidade de Cuiabá. A atuação ocorreu semanalmente, com carga de 6 horas no hospital e 4 horas de supervisão acadêmica, totalizando 10 horas semanais. As atividades foram desenvolvidas junto a uma equipe interdisciplinar nos setores de Pronto Atendimento, Clínica Médica, UTI, Isolamento e Cuidados Paliativos. A atuação envolveu o acompanhamento psicológico de pacientes internados, escuta de familiares e participação em discussões de caso com a equipe multiprofissional. O foco de atuação esteve no desenvolvimento de uma escuta clínica sensível, acolhendo as demandas emergentes e reconhecendo a singularidade de cada sujeito. Tornando-se indispensável a manutenção do processo de análise pessoal da estagiária como forma de sustentar uma presença ética e implicada frente as situações críticas, a exemplo, uma paciente internada com uma infecção severa, cujo quadro clínico foi se agravando progressivamente, ocasionando a manutenção de sua hospitalização por um longo período. Ela manifestava intensa preocupação com o futuro de seus dois filhos, que estavam sob os cuidados precários de uma rede de apoio limitada e fragilizada por condições socioeconômicas restritas. Com o tempo, lembranças de episódios depressivos e sentimentos ambivalentes vivenciados durante as gestações, emergiram no contexto da internação. À medida que o vínculo clínico se aprofundava, a paciente passou a expressar um medo intenso da morte, cujos sintomas se manifestavam especialmente à noite, quando temia não ser vista ou socorrida caso piorasse subitamente. Segundo Kovács e Kübler-Ross (1987-1996) O medo da morte no hospital decorre da angústia de estar sozinho e do receio diante de uma experiência desconhecida, marcada por dor e sofrimento. Para Angerami-Camon et al (2003) o conflito entre a morte e o viver atravessa tanto o paciente quanto o profissional de psicologia, que também é confrontado com a finitude, podemos ser mobilizados pela história de vida do paciente e pelo sofrimento da família, o que pode impactar diretamente a qualidade de escuta e intervenção clínica. Para Freud (1915/1917) a morte ocupa um lugar recalcado na cultura e na vida psíquica, mas irrompe com força nos momentos-limites, o que exige do paciente e de quem o escuta – um trabalho psíquico intenso. Outro caso marcante foi o de um paciente de 29 anos, já em cuidados paliativos que ao longo do acompanhamento, nunca manifestou explicitamente ter consciência do seu prognóstico. Durante os atendimentos, oscilava entre momentos de apatia — marcados por uma tristeza velada — e outros em que demonstrava esperança de cura. Foi o primeiro atendimento psicológico realizado pela estagiária, e mobilizou intensamente suas expectativas e fantasias sobre como um paciente "deveria" reagir diante do adoecimento e da proximidade da morte.



Esperava escutar palavras que dessem nome ao sofrimento, ou que expressassem uma aceitação clara da terminalidade, mas, diante do silêncio e das entrelinhas, surgiu a dificuldade de escutar o que não era diretamente dito. Essas experiências revelaram-se como um importante ponto de inflexão na formação da estagiária. E foi no espaço de supervisão, que foi possível elaborar enquanto relatava-se o caso, que se compreendeu que havia uma resistência em valorizar a escuta como um ato clínico em si — talvez por não a reconhecer ainda como suficientemente eficaz, ou até por temer que, ao provocar certas questões, pudesse intensificar o sofrimento do paciente. Ao relatarmos os acontecimentos clínicos experienciados no hospital, no preenchimento dos documentos clínicos ou através da escuta das experiências compartilhadas dos outros colegas nas supervisões acadêmicas, foi possível encontrar sentidos, que no momento da atuação não foram percebidos pela urgência ou impacto emocional. Esses momentos de supervisão acadêmica permitiram que a estagiária compreendesse seus limites, instrumentalizando-a para o trabalho de escutar, quando ela mesma pôde ser escutada, tendo os seus sentimentos validados, simbolizados e posteriormente transformados em material de aprendizado. A escuta por ela percebida como “pouco” frente ao sofrimento do outro, foi sendo resignificada, sobretudo pelo tripé do estudo-análise e supervisão acadêmica, este último com papel preponderante no reconhecimento que sustentar a escuta, sem retirar a autonomia do paciente, sem renegar seus medos, e sem tomar para si a tarefa de “salvá-lo” um gesto agora reconhecido como muito potente, mas que requer desejo e trabalho. No seu tempo, compreendeu que o papel do profissional de psicologia, especialmente em contextos de finitude, não é o de provocar falas forçadas nem buscar revelações que confirmem uma verdade, mas sim o de sustentar uma presença atenta, respeitosa e implicada. Nesse processo, foi possível resignificar a escuta sensível como uma forma legítima e potente de cuidado, que, mesmo em silêncio, pode oferecer suporte ao sofrimento e auxiliar na travessia subjetiva do paciente diante da morte. Parafraseando Simonetti (2015) Quando o sujeito se vê as voltas com seu adoecimento, inicia-se uma travessia, nessa travessia os psicanalistas se assemelham aos antigos navegantes, que sem poder mudar a direção dos ventos, esmeravam-se na arte de alterar a posição de suas velas. A experiência no hospital, acompanhando pacientes e familiares em situações de hospitalização, dor, luto e fim de vida, revelou o quanto essa escuta exige do(a) estagiário(a) o enfrentamento de suas próprias questões emocionais que possivelmente emergem da cena hospitalar e da sustentação de uma ética psicanalítica como caminho para a aplicabilidade de uma escuta clínica, aqui entendida como uma escuta do inconsciente, não intrusiva e moralizante, uma escuta que aposta no sujeito mesmo quando ele está imerso em sofrimento, que nega a posição de saber absoluto ou de mestre, aqui ética e escuta sensível são inseparáveis. Simonetti (2015). Conclui-se que, principalmente diante dos processos de finitude, a escuta sensível no hospital é um ato clínico e político. É clínico, por ser uma prática que visa reconhecer e tratar o sofrimento subjetivo. É político, porque resiste à lógica despersonalizante do hospital e afirma a dignidade do sujeito. A escuta, nesse contexto, mobiliza outras formas de cuidado em rede. A supervisão, a teoria e o autocuidado tornam-se pilares de sustentação tanto da prática quanto do próprio desejo de continuar escutando — mesmo quando não houver palavras.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Ética; Terminalidade; Escuta sensível; Autocuidado.



Referências Bibliográficas

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

_____. **Psicologia hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

FREUD, Sigmund. (1917 [1915]). **Luto e Melancolia**. in Obras Completas, Rio de Janeiro: Imago.

SIMONETTI, Alfredo. **Psicologia hospitalar e psicanálise**- São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

TOREZAN, Zeila C. Facci; ROSA, Abílio da Costa. **Escuta analítica no hospital geral: implicações com o desejo do analista**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 23, n. 2, p. 84-91, 2003.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Medo da morte: uma abordagem multidimensional**. *Boletim de Psicologia*, v. 37, n. 87, p. 58-62, 1987Tradução. Acesso em: 26 maio 2025.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes/ tradução Paulo Menezes**- 7. Ed-São Paulo: Martins fontes, 1996.