

# Instituição hospitalar e psicanálise: dinâmicas intersubjetivas, institucionais e políticas

*Hospital institution and psychoanalysis:  
Intersubjective, institutional, and political dynamics*

Geyssy Yorrana Canedo MIGUEL<sup>1</sup>  

Domenico Uhng HUR<sup>2</sup>  

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de Goiânia – PMG, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – SMS, Diretoria de Saúde. Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás – UFG, Faculdade de Educação – FE, Programa de Pós Graduação em Psicologia – PPGP. Goiânia, GO, Brasil.

## Correspondência:

Geyssy Yorrana Canedo Miguel  
[yorranacami@ymail.com](mailto:yorranacami@ymail.com)

**Recebido:** 17 dez. 2024

**Revisado:** 26 jun. 2025

**Aprovado:** 30 jun. 2025

## Como citar (APA):

Miguel, G. Y. C., & Hur, D. U. (2025). Instituição hospitalar e psicanálise: dinâmicas intersubjetivas, institucionais e políticas. *Revista da SBPH*, 28, e032. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.784>.

## Financiamento:

Financiamento próprio.

## Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



## Resumo

Este artigo tem como objetivo compreender as dinâmicas intersubjetivas, grupais, institucionais e políticas que permeiam o contexto hospitalar e suas implicações para o vínculo de cuidado, a partir de uma perspectiva psicosocial e psicanalítica. Discutimos os resultados a partir de três âmbitos: o político e transinstitucional, o institucional e o intersubjetivo. No que se refere ao primeiro âmbito, os aspectos políticos e transinstitucionais, exploramos as transições dos diagramas de poder no hospital articulando com a natureza das instituições, para compreender como as transformações históricas e estruturais no campo hospitalar têm impactado significativamente as configurações vinculares desse ambiente, dificultando a humanização e a tolerância em situações de sofrimento extremo. Segundo, em relação ao âmbito institucional, discutimos os fundamentos institucionais do hospital a partir de uma teorização psicanalítica e psicosocial. Por fim, refletimos como, no âmbito da intersubjetividade, a impossibilidade de lidar com vivências de desamparo, frequentemente presentes entre os profissionais de saúde, compromete o enlace psíquico essencial para a construção de vínculos de cuidado entre cuidadores e pacientes. Esses desafios destacam a importância de o psicólogo considerar as diferentes instâncias institucionais como fundamentais para a compreensão das dificuldades enfrentadas nas relações de cuidado, bem como para a proposição de estratégias que promovam a humanização das experiências no ambiente hospitalar.

**Descriptores:** Análise institucional; Psicologia; Psicanálise; Ambiente hospitalar.

## Abstract

This article aims to understand the intersubjective, group, institutional, and political dynamics that permeate the hospital context and their implications for the care bond, from a psychosocial and psychoanalytic perspective. The results are discussed across three domains: the political and transinstitutional, the institutional, and the intersubjective. Regarding the first domain, political and transinstitutional aspects, we explore the transitions of power structures in the hospital, articulating them with the nature of institutions to understand how historical and structural transformations in the hospital field have significantly impacted relational configurations of that environment, hindering humanization and tolerance in situations of extreme suffering. Secondly, regarding the institutional sphere, we discuss the institutional foundations of the hospital through the lens of psychosocial and psychoanalytic theorization. Finally, we reflect on how, at the intersubjective level, the inability to deal with experiences of helplessness—often present among healthcare professionals—compromises the essential psychic bond needed to build care relationships between caregivers and patients. These challenges highlight the importance of psychologists considering different institutional dimensions as fundamental to understanding the difficulties encountered in care relationships and proposing strategies that promote the humanization of experiences in this context.

**Descriptors:** Institutional analysis; Psychology; Psychoanalysis; Hospital environment.

## INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é caracterizado pela complexidade de suas dinâmicas relacionais, marcadas por vínculos que envolvem não apenas aspectos técnicos, mas também emocionais e subjetivos. Nesse contexto, as relações de cuidado emergem como um núcleo central de investigação, visto que configuram o alicerce para a interação entre profissionais e pacientes. No entanto, essas relações não estão isoladas; elas são influenciadas por múltiplos fatores políticos, institucionais, transinstitucionais, históricos, subjetivos e intersubjetivos que atravessam as configurações vinculares presentes no hospital.

A partir de uma perspectiva psicossocial e psicanalítica, este estudo busca compreender as dinâmicas intersubjetivas, grupais, institucionais e políticas que permeiam o contexto hospitalar e suas implicações para o vínculo de cuidado. Para tanto, foi adotada uma abordagem teórica fundamentada em contribuições centrais sobre instituições e uma perspectiva intersubjetiva e grupal, explorando o pensamento de autores como Willfred Bion, Eugéne Enriquez, Franco Fornari, Elliot Jaques e René Kaës. Tais referenciais teóricos oferecem ferramentas analíticas para investigar como os vínculos interpessoais e grupais são moldados e transformados pelas condições específicas do ambiente hospitalar. Nesse sentido, primeiro, abordamos a transição dos diagramas políticos da Instituição hospitalar, segundo, desenvolvemos uma leitura psicanalítica sobre as instituições; e, terceiro, uma análise intersubjetiva, da relação entre cuidador e paciente.

## METODOLOGIA

### ASPECTOS HISTÓRICO-POLÍTICOS - AS TRANSIÇÕES DOS DIAGRAMAS DE PODER DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

As grandes transformações sociodinâmicas provocadas pela emergência da episteme científica durante os séculos XVIII e XIX culminaram na descentralização do poder religioso em muitas instituições, inclusive nos hospitais. Em suas formulações sobre "O Nascimento do Hospital", Michel Foucault (1963/2021) discorre sobre as transformações dessa instituição que, antes do século XVIII, estava submetida às autoridades religiosas e tinha um papel essencialmente caritativo intervindo nas necessidades de assistência e cuidados, mas com foco na pessoa que precisava de um lugar para morrer e ter salvação espiritual.

A transformação do hospital em um ambiente de cura e submetido à autoridade médica se deu pela constituição dos saberes e técnicas disciplinares que emergem a partir do final do século XVIII para atender às questões econômicas e sanitárias (Foucault, 1963/2021) de um modo mais eficaz. O avanço e fortalecimento da técnica médica de intervenção sobre o meio foi, em grande parte, possibilitada pela necessidade de evitar que doenças infecciosas se espalhassem. Ocorre então uma transição da prática calcada no poder vertical de uma Instituição religiosa, para uma lógica pautada no que Foucault (1963/2021) denomina como os saberes *psi*, que se referem aos saberes e normas disciplinares criados pela medicina e que passam a nortear o governo da vida (Hur, 2018). Considerando essa dinâmica, é possível compreender determinadas características do hospital como a estrutura espacial, as relações hierárquicas, o poder médico e o registro documental. A partir desse movimento, o hospital, além de se tornar um ambiente de cura, se torna também lugar de formação e transmissão do saber médico (Foucault, 1963/2021).



Sob a autoridade médica o hospital adquire uma nova identidade institucional com foco nas doenças e nas intervenções com objetivos curativos direcionados às pessoas que precisam de cuidado especializado e equipamento especial (Foucault, 1963/2021). A partir da profissionalização e sofisticação da medicina, a burguesia passa a procurar os hospitais e pagar pelos cuidados recebidos (Rosen, 1980). O desenvolvimento dos conceitos de assepsia e antisepsia e inovações como a anestesia modificaram definitivamente a imagem do hospital que, a partir do século XX, passa a ser frequentado por uma clientela rica (Lisboa, 2021).

O número cada vez mais elevado de pacientes com suas exigências, os custos provenientes do desenvolvimento da medicina somados à grande quantidade de serviços auxiliares e administrativos exigidos, trouxeram novas modificações na estruturação do hospital. Ao invés de ser uma instituição calcada nos saberes *psi* (Foucault, 1963/2021), o ambiente hospitalar converte-se em uma organização em escala mais empresarial (Rosen, 1980). Para lidar com essa complexidade foram utilizados modelos organizacionais do mundo dos negócios primando por conceitos como eficiência, racionalidade, produtividade e conformidade. As atividades desenvolvidas seguem bases da produção em série reduzindo ao máximo o conteúdo do trabalho e transportando os suprimentos dos locais de produção (cozinha, lavanderia, central de esterilização etc.) aos de consumo (centro cirúrgico, apartamentos e enfermarias, apoio ao diagnóstico etc.). A arquitetura do ambiente hospitalar também reflete a evolução dos cuidados de saúde na direção da tecnocracia e da despersonalização. Observa-se o predomínio de paredes estéreis, falta de ornamentação e cores, tetos planos, a estrutura monolítica em concreto e aço com grandes corredores brancos de luz fria (Dilani, 2000; van Wijngaarden et al., 2023). Todas essas modificações têm como finalidade, segundo Foucault (1963/2021), extinguir os efeitos negativos do hospital e não melhorar sua ação para com os doentes. Por outro lado, essa “simplicidade arquitetônica” tende a compor um ambiente menos acolhedor, que inclusive pode gerar uma espécie de esvaziamento afetivo.

Se desde o século XVIII os médicos ocuparam o topo da hierarquia na direção dos hospitais, no entanto, nos últimos vinte anos esse cenário mudou consideravelmente. Em nome de prioridades gerenciais e financeiras de grandes grupos econômicos que investiram na saúde como negócio rentável, atualmente figuram na direção dos hospitais engenheiros, economistas e investidores. Nesse contexto, os médicos que tinham altos salários – que eram, e ainda são, os mais altos da equipe de saúde – são ameaçados pela redução de custos e veem uma constante diminuição em seus rendimentos acompanhada de exigências cada vez elevadas de formação, capacidade técnico-administrativa e aumento no número de atendimentos e pacientes. Essas exigências se fundamentam, basicamente, na crescente quantidade de faculdades e profissionais de saúde de baixa qualidade. Por exemplo, segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), em treze edições do Exame do Cremesp, realizadas de 2005 a 2017, metade dos recém-formados foram reprovados por não terem conhecimento mínimo de atendimento médico (Luna Filho & Cassenote, 2018). E, além de serem um perigo à saúde do paciente, profissionais sem preparo elevam os custos com avaliações, exames e procedimentos desnecessários (Isola & Tamagno, 2023).

Nos hospitais, busca-se atualmente minimizar as intervenções, reduzir o tempo de internação e limitar o uso de equipamentos e procedimentos de alto custo, maximizando a eficiência em todas as etapas do atendimento. Há uma atualização da lógica capitalista nas instituições hospitalares, que se modificam conforme a



aceleração do ritmo da produtividade neoliberal (Hur, 2015). É nesse contexto que a inserção do psicólogo hospitalar ocorre, destacando-se como uma peça essencial na engrenagem dessa racionalidade neoliberal que passa a reger os sistemas de saúde contemporâneos. Assim, o exercício do psicólogo não fica atrelado apenas às normas de saúde consignadas pela ciência, mas também ao ritmo do cumprimento das metas na lógica da produtividade capitalista.

Com base na análise anterior, é possível compreender que inicialmente observamos os hospitais sob o **diagrama da soberania**, um modelo em que essas instituições estavam fortemente vinculadas à lógica vertical do Estado, bem como à igreja e à religião, funcionando sob uma lógica centrada em um poder hierarquizado (Hur, 2018). Posteriormente, ocorre uma transição para o **diagrama disciplinar**, no qual a lógica religiosa cede espaço à centralidade dos saberes e técnicas *psi* representados pela norma e pelo conhecimento médico. Nesse contexto, como Foucault (1963/2021) nos ensina, a disciplina e o biopoder se tornam os pilares que estruturam as normativas e práticas hospitalares.

Por fim, emerge o **diagrama neoliberal** (Hur, 2022), que marca uma mudança significativa: as normativas deixam de ser orientadas exclusivamente pelos saberes disciplinares e passam a ser ditadas por corporações médico-hospitalares agenciadas pelo mercado. Esse modelo prioriza a lógica do lucro em detrimento do cuidado, refletindo uma transformação no papel e nos objetivos das instituições hospitalares no contexto contemporâneo. A saúde passa a ser um grande e lucrativo negócio.

Essa transição dos diagramas de forças na Instituição hospitalar faz com que ela se defronte com uma situação de crise e desestabilização. No âmbito interno, a crise, a subversão radical das alianças e das estruturas entre as instituições e as autoridades é fonte de um desencantamento com o mundo do trabalho e um enfraquecimento da atividade sublimativa que ele autoriza. Passamos de um período em que primava um contrato de confiança para uma era de suspeita e de exigência de transparência. Essa mudança também está correlacionada com uma modificação quantitativa do trabalho em que o registro contábil tem prevalecido sobre o trabalho de simbolização (Kaës, 1991). Na tentativa de manter reunido o que tende a ser fragmentado dentro da vida institucional, observa-se a plena ascensão dos pontos de referência de boas práticas e as recomendações decretadas pelas autoridades da saúde. Esses constituem o sintoma mais óbvio dos atuais movimentos de controle e influência que culminam em procedimentos cada vez mais restritivos que levam aos processos sem sujeito (Enriquez, 1991). A novidade nesse fenômeno inerente à atualidade, é a multiplicação infinita de procedimentos possibilitada pela digitalização. No entanto, esse arranjo de referencial não possibilita ao sujeito uma ancoragem social e cultural que ampare as angústias individuais.

O excesso de objetividade e impessoalidade, provenientes tanto do método anátomo-clínico quanto dos aspectos organizacionais dos hospitais, suscitou críticas que obtiveram como resposta o processo de **humanização** da assistência hospitalar. Amplamente discutido no Brasil nas últimas décadas, o movimento se consolida com a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede HumanizaSUS. Publicada em 2003, a PNH objetiva que os princípios do SUS estejam no cotidiano dos serviços de saúde, para assim alcançar mudanças na gestão e no cuidado. As premissas da PNH explicitam que por maior que seja a estrutura tecnológica disponível, ela não substitui o contato humano, a sensibilidade, a atenção e o cuidado (Ministério da Saúde [MS], 2004).



Políticas como essa são o sintoma mais óbvio dos atuais movimentos de controle e de despersonalização.

Após 20 anos de PNH, não é possível dizer que se está mais perto dos seus objetivos idealizados. O próprio termo humanização hoje é utilizado para agregar valor a um hospital e torná-lo mais atrativo para os possíveis clientes. No senso comum, uma assistência humanizada é compreendida como atendimento que leva em consideração a cordialidade e um serviço personalizado ao paciente.

### INSTITUIÇÕES E PSICANÁLISE

Na segunda metade do século XX diversos autores da psicanálise refletiram sobre os mecanismos grupais e institucionais de diferentes estabelecimentos concretos. O italiano Franco Fornari (1991) afirma que as instituições se prestam às funções de **defesa do Ego**. Defende, tal como Freud (1921/1976) em "Psicologia de grupo e análise do ego", que as formações sociais podem ter função de mecanismo defensivo. Assim, o psicanalista italiano conceitua a instituição social em consonância aos mecanismos de defesa contra as angústias primárias depressivas e persecutórias. Nesse sentido, as angústias básicas são **meta-históricas**, ou seja, tal qual as estruturas do **Id**, fazem parte da estrutura fundante do psiquismo humano e transcendem contextos históricos e culturais influenciando constantemente a formação e o funcionamento de grupos e instituições em todas as épocas e sociedades.

Por conseguinte, as ambivalentes relações interpessoais se assemelham às ambivalências intrapsíquicas individuais, portanto, o processo de fundação das instituições sociais também se dá a partir de adaptações históricas empreendidas pelo Ego. Assim, as instituições funcionam como recurso espaço-temporal compartilhado pelos membros de um grupo para lidar com as angústias relacionais básicas.

Em seu trabalho com grupos, Bion (1961/2003, 1946/2003) introduziu o conceito dos **pressupostos básicos** para descrever modos inconscientes de funcionamento grupal que podem dominar o comportamento individual e coletivo seja nos grupos ou nas instituições. Esses pressupostos básicos são: **dependência, ataque-fuga** e **emparelhamento**. A existência desses pressupostos nas relações sociais grupais demonstra como aspectos primitivos da personalidade continuam se manifestando de forma institucionalizada no *establishment*.

No pressuposto de dependência há uma busca excessiva por segurança e apoio no outro, uma realização desse pressuposto na sociedade é a Igreja. Nesse quadro, tem-se a fantasia de que um líder, algo superior, resolverá todas as questões e assim evita-se pensar por si as experiências emocionais. O pressuposto de ataque-fuga indica uma propensão a reagir a situações estressantes ou ansiogênicas com respostas extremas de ataque físico, verbal ou psicológico (como projeção de conteúdos internos intoleráveis) ou fuga (evitando ou negando a realidade). Um exemplo desse pressuposto institucionalizado são as forças armadas. Nesse cenário, observa-se agrupamentos de membros em sistemas de violência velada ou ostensiva, em nome de ideais políticos ou religiosos. Já o pressuposto de emparelhamento envolve a esperança e a expectativa de futuras realizações. Na fantasia de emparelhamento, reside a ideia de que a união estável, fruto de interesses políticos e comerciais, como na aristocracia, proverá o nascimento de algo que salvará das angústias relacionais (Bion, 1943/2003; 1961/2003).



A originalidade da proposição de Bion (1943/2003; 1961/2003) reside no fato de que esses pressupostos básicos não operam apenas nos grupos, mas também no âmbito institucional. Pode-se constatar de modo costumeiro a emergência desses pressupostos básicos nas instituições hospitalares, por exemplo, no vínculo de dependência que um grupo de pacientes oncológicos pode formar sobre seus cuidadores (Lobato, 1986); ou mesmo no pressuposto de ataque-fuga que uma categoria profissional pode nutrir sobre a classe médica no hospital.

O terror que esses pressupostos revelam são os elementos- $\beta$ , não-pensamentos, nossa via de contato com a realidade que precisa ser pensada, metabolizada. Os pensamentos mágicos associados aos pressupostos básicos têm como fundamento a crença na onipotência, o desejo de extinguir a frustração e a imaturidade, e o desejo de estar preparado para a experiência (Bion, 1961/2003; Ogden, 1997/2013). Segundo o raciocínio de que a instituição exerce a função de Ego na sociedade, para Fornari (1991), os pressupostos básicos de Bion seriam o Id social. E, assim como o Ego surge a partir da diferenciação do Id no contato com a realidade, as instituições, pelo ponto de vista **sociodinâmico**, estão vinculadas aos fenômenos grupais originários dos pressupostos básicos bionianos. Resulta-se assim uma relação dialética entre duas dinâmicas sociais. A primeira envolve os pressupostos básicos que, embora possam surgir de fantasias inconscientes individuais, espalham-se em manifestações esquizoparanóides no grupo e nas instituições que os socializam. A segunda refere-se a essas instituições centradas nos pressupostos básicos e às **instituições de trabalho** que têm como base o **grupo racional** - grupo que opera sobre a manipulação da realidade.

Segundo Bion (1943/2003; 1961/2003) a institucionalização dos pressupostos básicos é fundamental, do contrário eles poderiam perturbar seriamente as funções de trabalho do grupo racional. É sobre as bases desse grupo que estão centradas as instituições de trabalho, ou seja, elas estão especificamente submetidas ao princípio de realidade e às funções do pensamento como instância de verificação do universo externo. Para Bion (1943/2003; 1961/2003) as instituições centradas nos pressupostos básicos a referência ao Id, ao inconsciente, as torna muito suscetíveis a exprimir a realidade do universo interno. Já as instituições fundadas sobre o grupo racional supostamente funcionariam em referência ao Ego, tornando as instituições de trabalho campos de atividade humana imunes às conturbações dos pressupostos básicos.

Contemporâneo a Bion, Elliot Jaques é um autor de referência para pensarmos a relação entre psiquismo e instituições. Jaques (1955/2013) ampliou a compreensão sobre os grupos de trabalho em instituições fundadas sobre o grupo racional. Ele observou que mesmo não sendo necessariamente fundadas sobre as bases dos pressupostos básicos, as instituições de trabalho também assumem uma função de defesa contra as angústias depressivas e persecutórias do Id. Dessa forma, elas não estão livres dos conflitos que emergem dessas angústias.

No campo da **sócio-análise**, Jaques (1955/2013) propõe uma distinção importante entre as **estruturas sociais** e os **mecanismos culturais** que caracterizam as instituições. As estruturas sociais, segundo o autor, referem-se ao conjunto de funções desempenhadas pelos indivíduos e à forma como essas funções são organizadas e distribuídas dentro de uma hierarquia executiva. Por outro lado, os mecanismos culturais correspondem às normas, tabus e hábitos que moldam e sustentam o funcionamento simbólico de uma instituição.

A partir de suas observações, Jaques (1955/2013) destaca que mudanças institucionais, mesmo quando não produzem transformações significativas no plano concreto da realidade, podem gerar intensas angústias nos indivíduos e nos grupos envolvidos. Essas angústias tornam-se compreensíveis quando analisadas sob a perspectiva de que os mecanismos culturais institucionalizados desempenham uma função defensiva contra angústias inconscientes. Tal função ocorre independentemente do impacto real das mudanças no contexto objetivo. Assim, as instituições são compreendidas não apenas como estruturas organizacionais, mas também como dispositivos psíquicos que respondem às demandas emocionais e inconscientes dos indivíduos que delas participam (Jaques, 1955/2013).

A relação entre instituições e mecanismos de defesa contra as angústias primitivas ganha uma dimensão específica ao se considerar o problema da mudança institucional. Essa questão insere-se na dialética entre mudança e conservação, que pode ser compreendida como um quarto pressuposto básico dos grupos sociais. Os grupos, por sua própria natureza, demandam a criação de instituições que funcionem como dispositivos de proteção diante das angústias mobilizadas pela necessidade histórica de transformação. Bion (1961/2003, 1946/2003), em seus estudos sobre grupos, não aborda explicitamente a **dialética mudança-conservação** como um pressuposto básico. No entanto, ele afirma de maneira geral que os grupos tendem a se defender contra a mudança, evidenciando a resistência coletiva diante de rupturas ou transformações estruturais.

A experiência de Elliott Jaques (1955/2013), por sua vez, reforça essa perspectiva ao demonstrar que alterações nos mecanismos culturais institucionais frequentemente despertam angústias depressivas e persecutórias nos indivíduos envolvidos. A partir dessas observações, Fornari (1991) propõe a existência do quarto pressuposto básico da **conservação-mudança** como presente especialmente nas instituições políticas. Essa formulação amplia a compreensão sobre os vínculos entre os processos institucionais e as dinâmicas psíquicas dos grupos, evidenciando a necessidade de que as instituições conciliem as demandas por estabilidade com as exigências de adaptação e transformação.

Diante disso, podemos inferir que as transformações que impactam todas as relações sociais, aliadas ao regime permanente de crise em que se encontram as sociedades contemporâneas, exercem profundas influências sobre as atividades humanas, incluindo o campo do trabalho. Uma das manifestações mais evidentes dessa crise é o enfraquecimento das instituições, que apresentam-se debilitadas em suas funções defensivas contra as ansiedades persecutórias e depressivas que atravessam o tecido social. Nesse contexto, dado o grau de desestabilização, mau uso e destruição dos vínculos em diferentes níveis o trabalho de **ligação simbólica**, essencial à manutenção dos vínculos sociais, torna-se cada vez mais exigente e demandante de energia psíquica.

Com base nas reflexões de Bleger (1991), Enriquez (1991) e Kaës (1991), pode-se compreender que o sujeito é constituído como uma **coletividade interna**, formada pela pluralidade de relações familiares e sociais. Esse aspecto ressalta a função protetora que as coletividades institucionais deveriam exercer, possibilitando a cada indivíduo integrar e organizar sua própria coletividade interna. Contudo, o enfraquecimento institucional pode propiciar dois movimentos psíquicos problemáticos. De um lado, pode ocorrer uma **hipertrofia narcisista**, na qual o indivíduo ignora sua conexão com a alteridade, centrando-se exclusivamente em si mesmo. De outro



lado, pode surgir um processo de *autoalienação*, no qual o sujeito se submete a uma lógica reificada, pautada pelo primado do procedimento e pela abdicação do pensamento crítico.

Portanto, é possível afirmar que a crise das instituições não apenas afeta as estruturas organizacionais, mas também compromete os processos psíquicos de ligação simbólica e construção de subjetividades. Tal quadro demanda uma análise profunda das funções institucionais e das dinâmicas sociais que impactam o indivíduo, de modo a promover formas mais saudáveis e integradoras de vinculação entre os sujeitos e suas coletividades.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PSICANÁLISE DO HOSPITAL ENQUANTO INSTITUIÇÃO SOCIAL

Jaques (1955/2013) propõe que o hospital, ao lidar com questões de saúde somática e mental, transcende sua função imediata de cura e cuidado. Ele se torna um espaço simbólico onde as ansiedades, medos e sofrimentos de uma sociedade são projetados e organizados. Esse papel de repositório não se limita ao atendimento direto ao paciente, mas estende-se ao imaginário social, no qual o hospital é percebido como o lugar de amparo diante da vulnerabilidade do corpo e da mente.

Por sua vez, essa função simbólica não ocorre de maneira isolada. Os hospitais operam em um contexto sociocultural que Kaës (1991) descreve como o *metaquadro*. Esse conceito refere-se à matriz simbólica e estrutural que sustenta os limites da experiência psíquica coletiva, proporcionando um enquadre no qual os indivíduos e os grupos podem significar suas vivências. Nesse sentido, os hospitais, como parte desse *metaquadro*, não apenas oferecem respostas técnicas às doenças, mas também sustentam as ansiedades existenciais e sociais relacionadas à mortalidade, à dor e ao sofrimento.

Kaës (1991) identifica o *metaquadro* como um conjunto de dispositivos e instituições que funcionam como suportes *metapsíquicos*, ou seja, estruturas que permitem aos indivíduos e grupos lidarem com os aspectos mais primitivos e difíceis da vida psíquica. Esses dispositivos atuam como continentes simbólicos e concretos para ansiedades que poderiam desorganizar o psiquismo, caso não fossem adequadamente elaboradas. O hospital exemplifica essa função ao criar um espaço onde a dor, a doença e a morte podem ser enfrentadas com um sentido organizado, mediado por práticas profissionais e rituais institucionais. Além disso, a própria existência do hospital oferece um sentido de controle e contenção ao corpo social, servindo como um refúgio simbólico que mitiga ansiedades em relação ao imprevisível e ao incontrolável.

Na perspectiva psicanalítica, pode-se compreender essa dinâmica como uma extensão do conceito de **continente-conteúdo** de Bion (1962/2021). O hospital, enquanto continente, acolhe os conteúdos emocionais e ansiedades dos indivíduos, ajudando a processar e transformar essas experiências em algo mais manejável. Ao mesmo tempo, a relação entre o hospital e a sociedade pode ser vista como um reflexo de uma dinâmica transferencial coletiva, onde o hospital assume o papel de objeto capaz de suportar e organizar as projeções sociais. No entanto, é importante considerar que essa função de repositório também pode ser sobrecarregada, especialmente em contextos de crise, como pandemias ou colapsos do sistema de saúde. Nessas



situações, o hospital pode tornar-se um lugar de saturação emocional e simbólica, expondo os limites de sua capacidade de contenção.

A grande variedade de ocupações e profissões dentro dos hospitais cria um complexo ambiente de trabalho com uma configuração estrutural *sui generis* em que impera a disputa de poder entre as profissões e entre os próprios médicos. Em suas posições, grupos de profissionais encontram-se em dificuldade para estabelecer relações de confiança, de solidariedade e de conflituosidade. Ou seja, de estabelecer os vínculos entre as diferentes singularidades tão essenciais para a constituição de equipes *suportivas*. Os profissionais sentem simultaneamente que correm o risco de perder sua singularidade, assim como ameaçados em seus cargos, ou seja, inseguros nas suas identificações profissionais. Essas identificações se apoiam e se regeneram no compartilhamento coletivo garantindo um pertencimento humanizador (Bleger, 1991). A instabilidade, a fragilidade e a fragmentação maltratam uma equipe em sua coletividade. Da mesma forma, afetam os sujeitos individualmente que precisam refletir sobre si e sobre sua constituição no agora momentâneo e não mais a longo prazo.

As incessantes reformulações institucionais e reestruturações organizacionais destroem a coletividade das equipes e os vínculos de pertencimento que as formam. Isso impede a constituição de bases em que a psique de cada um, como cuidador, será capaz de ter apoio e apoiar a si mesmo (Kaës, 1991). Além disso, atualmente os gestores suplantaram os diretores carismáticos. É função desses líderes transmitir o significado do trabalho desenvolvido na instituição e mediar o vínculo entre os profissionais e entre os profissionais e a instituição (Enriquez, 1991).

As instâncias políticas como os diretores, os líderes ocupam a posição de afiançar e possibilitar que os sujeitos, em seus cargos profissionais, sejam ancorados a uma coletividade, ao seu grupo, à sua equipe (Kaës, 1991). Em "Psicologia de Grupo e Análise do Ego", Freud (1921/1976) utiliza o romance "When it was dark" (Thorne, 1903/2016) para evidenciar a importância do indivíduo chefe para a estruturação do grupo, assim como o estado geral de anomia quando ele é destituído. Ampliando essa concepção, Fornari (1991) defende que a figura do chefe impacta na confiança histórica dos membros na capacidade que determinada instituição tem de defendê-los contra as angústias. Jaques (1955/2013) ressaltou como a mudança dessa figura é capaz de alterar toda a instituição, mesmo que a estrutura institucional permaneça a mesma.

Considerando que a lógica capitalista acelerou a modificação dos processos, não apenas o hospital, mas todas as instituições que lidam com sujeitos em sofrimento encontram-se desestabilizadas pelas transformações das relações sociais (Bleger, 1991; Enriquez, 1991; Kaës, 1991). Em decorrência disso há dois efeitos que se observa no hospital, o primeiro é o estabelecimento da supremacia da economia que tende a ocupar o lugar anteriormente reservado ao registro político do líder que garantia sentido e mantinha unida a multiplicidade de singularidades. Um segundo efeito, característico da contemporaneidade, é o império do individualismo e do bem privado individual. O resultado da associação desses fatores é a desconexão entre a sobrevivência individual e a sobrevivência da sociedade, o que coloca ambos em perigo (Enriquez, 1991). O enlace entre esses dois polos, individual e coletivo, é essencial para a construção de um viver juntos suficientemente pacífico.

O hospital, como discutido por Jaques (1955/2013) e Kaës (1991), transcende sua função técnica para se tornar um pilar simbólico e cultural no suporte à saúde psíquica coletiva. Como parte do *metaquadro social*, ele organiza as angústias de um corpo social,



oferecendo um espaço de contenção e elaboração. Essa função, embora essencial, demanda constante reflexão sobre os limites e desafios enfrentados por essas instituições em contextos de intensificação das ansiedades coletivas. Por fim, compreender o hospital nesse duplo aspecto de cuidado técnico e suporte simbólico é essencial para uma abordagem integrada da saúde na contemporaneidade.

### A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E PACIENTE

No âmbito intersubjetivo da relação direta entre profissionais da saúde e pacientes encontramos novos desafios. Os profissionais que atuam no cuidado são permanentemente confrontados com a subjetividade de seu objeto profissional. Defrontam-se frequentemente com o sofrimento físico, psíquico e institucional de seus pacientes, assim como têm que lidar com suas próprias feridas narcísicas, por muitas vezes não lograrem corresponder às expectativas de cura depositadas neles. O sujeito busca o hospital quando a doença o leva à sua condição humana de vulnerabilidade, e no seu limite, à possibilidade de finitude e *castração*. Para continuar e prosseguir é preciso chamar e confiar no outro. Para o paciente e sua família, a doença se apresenta como um enigma, um conjunto de percepções, impressões sensoriais e emoções desintegradas e compostas de aspectos de personalidade vinculados por um sentido de catástrofe. Esses elementos serão projetados nos profissionais que estão em constante ameaça de se perder nos ataques projetivos (Jaques, 1955/2013), fonte permanente de excitação e angústia. As angústias depressivas e persecutórias se atualizam no cenário institucional e conformam determinadas configurações vinculares com os profissionais. O trabalho do cuidador consiste em ser capaz de receber as identificações projetivas, independentemente de o paciente senti-las como boas ou más, e em dar a elas uma forma simbolizável.

A clínica do encontro com o outro, para pensar a terapêutica, é o que possibilita o vínculo entre profissional e paciente. Contudo, na atualidade, com o desenvolvimento tecnológico, amplia-se cada vez mais a mediação de proposições epistêmicas que privilegiam as técnicas de avaliação e os aperfeiçoamentos dos protocolos institucionais, podendo resultar em certo afastamento entre profissional e paciente. O risco é que esse distanciamento possa gerar uma modalidade relacional em que o vínculo e suas transformações beiram o impossível. Ribeiro (1993) enfatiza a importância da clínica e do contato com o sujeito na prática profissional:

A doença para o doente acontece na sua totalidade orgânica, quando todas as funções estão alteradas. Ser doente é viver uma vida diferente. Apesar da continuidade com a vida anterior, a emergência do patológico tem uma qualidade distinta e está isolada de órgãos e tecidos. A análise fisiológica das funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia - isto é, estudo dos mecanismos da doença - porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio (p. 44).



O encontro com a doença é o encontro com a morte, ou pelo menos com a existência dela. Nesse momento, o que prevalece é um estado mental muito primitivo e inundado de angústias esquizoparanóides. A realidade é tão temida que os sentimentos e percepções provocam confusões entre o corpo e a psique, entre o sujeito e os objetos. Diante desses aspectos, na interação entre a personalidade e um meio extremamente hostil, a capacidade do sujeito em transformar experiências emocionais perturbadoras em pensamentos e símbolos que possam ser compreendidos e comunicados está comprometida, pois a capacidade de tolerar a frustração fica extremamente frágil o que resulta em uma experiência caótica e inarticulável. Então o primeiro momento com o paciente deve ser de continência às ansiedades e angústias que ele traz e deposita no cuidador (Bleger, 1991; Figueiredo et al., 2011). Para tanto, o profissional precisa ser capaz de suportar as identificações projetivas que comunicam o **terror sem nome** (Bion, 1959/2003) e os elementos indiscriminados. No entanto, em muitas ocasiões, o cuidador não tem recursos para realizar essa continência, pois, para isso, precisa ter elaborado seus próprios conflitos e angústias. Dizemos então que o profissional não possui *rêverie*, ou seja, não está aberto a receber as angústias indizíveis projetadas e transformá-las em pensamentos que possam ser assimiladas pelo sujeito. A *rêverie* adequada possibilita um estado mental de disponibilidade para o desamparo do outro viabilizando que os conhecimentos sejam adquiridos e amalgamados às experiências emocionais, possibilitando o pensamento e a elaboração singular que se associam aos fatos vivenciados.

O encontro mediado por um vínculo de abertura e acolhimento entre cuidador e paciente possibilita o apaziguamento das angústias primitivas do paciente. Esse caminho se dá quando, aos elementos que o paciente descreve, até então desconexos, é dado coerência pela nomeação de uma doença. O cuidador deve ser capaz de conter as angústias do doente, ou seja, compreender o que se passa com o ele a nível subjetivo, dando sustentação à perda da onipotência perante a doença e manejando o contato dele com a realidade.

Se a **configuração vincular** (Bion, 1959/2003) entre paciente e cuidador é saudável, o profissional também se beneficia ao se encontrar com a dimensão do arcaico, com os sintomas. Claro que, ao fazê-lo, os profissionais correm o risco de se perderem no próprio sintoma. Nesses casos, o equilíbrio que a posição profissional tinha a função de manter se rompe. Aqui se evidencia a imprescindibilidade que o ato realizado pelo cuidador seja marcado pelo selo da profissionalidade. Os encontros que ocorrem no cenário profissional devem ser encaminhados e, portanto, autorizados por uma instituição socialmente obrigada a legitimar os atos do profissional. O dispositivo da profissionalidade torna possível conjugar crueldade, sadismo e benevolência. Nesse sentido, autoriza ao mesmo tempo que proíbe. Autoriza uma satisfação libidinal parcial, permitindo usar a própria violência predadora, a própria onipotência ao votorizá-la sobre o mortífero a ser transformado no outro. Ao mesmo tempo, proíbe esse gozo legítimo de cair, por excesso, no registro da predação mortífera.

Quando fala sobre sua doença ao médico, o sujeito fala sobre seu sofrimento diante daquele evento e não de uma falha em um órgão ou sistema. Em troca, ele espera que aquele profissional lhe diga o que passa com ele e os passos para a cura. Nomear uma coleção de percepções e sentimentos que acomete o sujeito permite o processo de pensar e vivenciar a doença. Mas, esse movimento precisa continuar e daí se constituir em uma narrativa própria do paciente para sua enfermidade, criando significados, entrelaçamentos e substâncias. Do contrário, a doença pode até ter um nome, mas não tem significado, não tem uma história que se cruza com o sujeito. O diagnóstico



não é suficiente para que o sujeito possa pensar sobre suas dores, inseguranças, medo da morte e perda de funcionalidade. Pelo contrário, caracteriza a doença como uma condição natural e inevitável do ser humano, proveniente de disfunções orgânicas, e, consequentemente, sem relação tanto com o contexto histórico em comum, quanto a historicidade individual. Esse tipo de narrativa não permite uma criação de sentido para o sofrimento que tenha o sujeito como personagem principal, com sua própria maneira de reagir diante das circunstâncias da vida. Inversamente, cria um sentido único, conceitual e científico que coloca disfunções bioquímicas do corpo como causadores de todo sofrimento.

Com base no exposto, consideramos que a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar na contemporaneidade deve possuir dois objetivos complementares. O primeiro é o que Foucault (1963/2021) descreveu como a extinção dos efeitos negativos do hospital; o segundo visa aprimorar a qualidade da assistência e da relação oferecida aos pacientes. Ambos os propósitos, na medida em que podem contribuir para diminuir o sofrimento e o mal-estar institucional, favorecem a recuperação mais rápida dos pacientes, o que também resulta em menores custos hospitalares alinhando-se aos interesses neoliberais.

A compreensão das dimensões subjetivas que são ignoradas no modelo médico-hospitalar tem fortalecido a atuação dos psicólogos nessas instituições. Foi por razões semelhantes que a Psicologia se estruturou enquanto ciência no fim do século XIX (Figueiredo & Santi, 2008). A consideração dos elementos humanos, além dos puramente técnicos, atribuiu notoriedade ao termo saúde mental nas instituições hospitalares. Dessa forma, buscou-se abordar os elementos pessoais que podem interferir na completa recuperação dos pacientes, bem como nas interações entre os membros da equipe de saúde. Consequentemente os profissionais psicólogos têm sido convocados a atuar em uma frente ampla nos hospitais, o que inclui o cuidado direto com o paciente, as intervenções junto à equipe de saúde, e ainda, a elaboração e realização de estratégias visando a saúde mental e o bem-estar nesses ambientes (Corbanezi, 2021; Domingos et al., 2022).

O psicólogo no hospital é parte de uma equipe ao mesmo tempo que não é. Ao lidar com a tríade equipe, família e paciente, na qual incluímos também a instituição e o contexto político vívido, não é possível individualizar sua atuação exclusivamente ao paciente. Diante das mencionadas dificuldades que assolam os profissionais da saúde, o psicólogo precisa estar muito atento aos seus próprios conflitos. A divisão instalada nos hospitais é evidenciada pela presença inegável dos pressupostos básicos bionianos. Considerando que o que emerge desses pressupostos são terrores vorazes e inomináveis, não é incomum precisar aplacar condutas sádicas e atitudes onipotentes da equipe. Ressaltando nossa posição de que esse cuidado desumanizado não decorre da falta de sensibilidade do profissional, mas da crise nas relações psicossociais no hospital, é preciso reconhecer que em muitos casos o psicólogo é chamado a atuar não por questões relativas ao paciente, mas por uma reconhecida e admitida inabilidade da equipe em estabelecer vínculo e relação com ele. Exemplos claros desse contexto são os protocolos de humanização que preveem a presença do psicólogo em notícias de óbito, reconhecimento de corpo, notícias de prognósticos ruins, reunião com a família etc.

Embora a colaboração interdisciplinar seja fundamental, é essencial que a Psicologia Hospitalar mantenha sua autonomia e identidade profissional. O risco de descaracterização da psicologia surge quando a profissão é estritamente moldada

pelas bases médicas e gerenciais que imperam nos hospitais. Uma opção mais acertada são elaborações teórico-clínicas que possam sustentar sua atuação. O trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares não deve se resumir a lidar com a subjetividade do paciente, bem como não deve estar limitada a remediar relações entre os profissionais e entre eles e o paciente. E, menos ainda, deve ser direcionada a controlar a subjetividade do sujeito para que não atrapalhe a gestão do hospital. Se o hospital é lugar do cuidado, é no cuidado que o psicólogo deve atuar. E no cuidado daquilo que o método anátomo-científico não alcança, articulando as dimensões intersubjetivas, institucionais e políticas. A restrição do objeto ao método é inerente, mas a isenção de práticas humanizadas não deve ser.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho observou-se que as transformações históricas e estruturais no campo hospitalar têm impactado significativamente as configurações vinculares e institucionais, dificultando a humanização e a tolerância em situações de sofrimento extremo. A impossibilidade de lidar com vivências de desamparo e crise, frequentemente presentes entre os profissionais de saúde, compromete o enlace psíquico essencial para a construção de vínculos de cuidado entre cuidadores e pacientes. Esses desafios destacam a importância de o psicólogo considerar os processos grupais e institucionais como fundamentais para a compreensão das dificuldades enfrentadas nas relações de cuidado, bem como para a proposição de estratégias que promovam a humanização das experiências nesse contexto.

Nesse sentido, nossa reflexão buscou discutir as dinâmicas intersubjetivas articuladas aos processos institucionais e políticos no ambiente hospitalar a partir de contribuições da psicanálise de Bion. Assim as práticas de cuidado não devem residir apenas na relação direta entre profissional e paciente, mas devem apreender também a função psíquica que a Instituição hospitalar exerce nos atores institucionais, bem como os atravessamentos que são gerados na transição dos diagramas políticos. Analisar os processos psíquicos relacionados à Instituição pode nos possibilitar uma compreensão mais ampla das barreiras e potencialidades dos vínculos de cuidado, apontando caminhos para reflexões e intervenções que valorizem a dimensão subjetiva e humana do cuidado em saúde.

## CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

**Concepção do estudo:** GYCM, DUH; **coleta de dados:** GYCM; **análise dos dados:** GYCM; **redação do manuscrito:** GYCM; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** DUH, GYCM.

## REFERÊNCIAS

- Bion, W. R. (2003). *Estudos psicanalíticos revisados* (2a ed., pp. 109–126, Ataques à ligação, W. M. M. Dantas, Trad.). Imago (Trabalho original publicado em 1959).
- Bion, W. R. (2003). Experiências com grupos. In J. Salomão (Ed.) *Experiências com grupos: os Fundamentos da psicoterapia de grupo* (2a ed., pp. 21–126, W. I. Oliveira, Trad.). Imago (Trabalho original publicado em 1946).

- Bion, W. R. (2003). Grupos dinâmicos. In J. Salomão (Ed.), *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo* (2a ed., pp. 129–177, W. I. Oliveira, Trad.). Imago (Trabalho original publicado em 1961).
- Bion, W. R. (2003). Tensões intragrupais na terapêutica. In J. Salomão (Ed.), *Experiências com grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo* (2a ed., pp. 3–18, W. I. Oliveira, Trad.). Imago (Trabalho original publicado em 1943).
- Bion, W. R. (2021). *Aprender da experiência* (E. H. Sandler, Trad.). Blucher. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bleger, J. (1991). Grupo como instituição e o grupo nas instituições. In Käes, R., Bleger, J., & Enriquez, E. (Orgs.), *A instituição e as instituições* (J. Pereira Neto, Trad.). Casa do Psicólogo.
- Corbanezi, E. R. (2021). *Saúde mental, depressão e capitalismo*. UNESP.
- Dilani, A. (2000). Healthcare buildings as supportive environments. *World Hospitals and Health Services*, 36(1), 20–26.
- Domingos, M. A. M., Valerio, N. I., Zanin, C. R., Myiazaki, E. S., & Dionísio, E. R. L. (2022). Programas de apoio psicológico a profissionais de saúde. In M. N. Baptista, R. R. D. Baptista, & A. S. D. Baptista (Eds.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (3a ed.). Guanabara Koogan.
- Enriquez, E. (1991). O trabalho da morte nas instituições. In R. Käes, R., Bleger, J., & Enriquez, E. (Orgs.), *A Instituição e as instituições* (J. Pereira Neto, Trad.). Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. (2008). *Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência*. EDUC.
- Figueiredo, L. C., Tamburrino, G., & Ribeiro, M. (2011). *Bion em nove lições: lendo Transformações*. Escuta.
- Fornari, F. (1991). Por uma psicanálise das instituições. In R. Käes, R., Bleger, J., & Enriquez, E., (Orgs.), *A Instituição e as instituições*. Casa do Psicólogo.
- Foucault, M. (2021). *Microfísica do poder* (O nascimento do hospital, 6a ed., R. Machado, Trad.). Paz & Terra. (Trabalho original publicado em 1963)
- Freud, S. (1976). *Psicologia de grupo e análise do ego* (Obras psicológicas completas, vol. 18, pp.87-179). Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Hur, D. U. (2015). Axiomática do capital e instituições: abstratas, concretas e imateriais. *Polis e Psique*, 5(3), 156-178. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.58450>.
- Hur, D. U. (2018). *Psicologia, política e esquizoanálise*. Alínea.
- Hur, D. U. (2022). *Esquizoanálise e esquizodrama: clínica e política*. Alínea.
- Isola, N. J., & Tamagno, M. (2023, março 25). A profunda crise do sistema de saúde privado. *Folha de São Paulo*. Recuperado em 25 de julho de 2025, de <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/nicolas-jose-isola/2023/03/a-profunda-crise-do-sistema-de-saude-privado.shtml>.
- Jaques, E. (2013). Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety. In P. Heimann, M. Klein, & R. E. Money-Kyrle (Eds.), *New directions in psycho-analysis*. Tavistock Publications. (Trabalho original publicado em 1955).
- Käes, R. (1991). R. Käes, Bleger, J., & Enriquez, E., (Orgs.), *A instituição e as instituições* (Realidade psíquica e sofrimento nas instituições). Casa do Psicólogo.
- Lisboa, T. C. (2021). *História dos hospitais*. IPH.
- Lobato, O. (1986). Grupos com pacientes “terminais”. In L. C. Osório (Org.). *Grupoterapia hoje*. Artes Médicas.
- Luna Filho, B. & Cassenote, A. J. F. (2018). *O exame do Cremesp: no contexto da expansão do ensino médico*. Cremesp.
- Ministério da Saúde (BR). (2004). *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*.

- 
- Ogden, T. (2013). *Reverie e interpretação: captando algo humano* (T. M. Zalcberg, Trad.). Escuta. (Obra original publicada em 1997).
- Ribeiro, H. P. (1993). *O hospital: história e crise*. Cortez.
- Rosen, G. (1980). *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Graal.
- Thorne, G. (2016). *When it was dark: the story of a great conspiracy*. CreateSpace Independent Publishing Platform. (Obra original publicada em 1903).
- van Wijngaarden, J. D. H., Braam, A., Buljac-Samardžić, M., & Hilders, C. G. J. M. (2023). Towards Process-Oriented Hospital Structures; Drivers behind the Development of Hospital Designs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1993. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031993>.

---

#### FICHA TÉCNICA

- Editor-chefe:** Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
- Editora assistente:** Layla Raquel Silva Gomes
- Editor associado:** Angelo Márcio Valle da Costa
- Secretaria editorial:** Monica Marchese Swinerd
- Coordenação editorial:** Andrea Hespanha
- Consultoria e assessoria:** Oficina de Ideias
-