

**PSICOLOGIA HOSPITALAR NO HC: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA
HISTÓRIA, MEMÓRIA E A PRÁTICA INSTITUCIONAL**

Do ano de 1950 a 2002

Paulo André da Silva

Dissertação apresentada à banca examinadora
Departamento de Saúde Materno-Infantil, como
exigência parcial para obtenção de grau de
Mestre em Saúde Pública,

Orientador: Prof. Dr. João Yunes

**São Paulo
2002**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:



Data: 06.11.2002.

**À minha mãe (in memoriam) e
toda minha família,
Com saudade e gratidão**

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. João Yunes, meu paciente orientador e pessoa maravilhosa, que, em muitos momentos, deu-me o prazer raro de troca de idéias.

À Profa. Dra. Maria da Penha da Costa Vasconcellos que, com sua firmeza, otimismo e espírito agregador, muito me ensinou e impulsionou.

À Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink, indiscutivelmente humana e sábia, quem pôde me encorajar e fortalecer na carreira de pesquisador.

Aos professores, secretários e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil, que sempre me acolheram com tanta simpatia, em especial Lara e Leandro

Ao HC e todos os funcionários do complexo, em particular Luci, Dulce, Helena, que muito fizeram por facilitar o acesso à pesquisa.

À FUNDAP, em especial a Mari Shirabayashi, pela atenção e simpatia.

Ao Núcleo de Práticas Discursivas de Produção de Sentidos, do programa de estudos pós-graduados da PUC SP, pela troca de experiências, produção de conhecimento e amizade que propicia.

À Dolores Galindo (TINA)

À Jacqueline Brigagão, amiga, suporte humano e emocional, um presente de Deus à vida e às pessoas

À Milagros C. Garcia Cardona, amiga e companheira.

Ao Prof. Dr. Araújo, pela paciente revisão

À Prof.a Dra. Mathilde Neder, que muito pôde me ensinar sobre o HC

Ao Beto, por todos os momentos.

A todos meus amigos que me incentivaram nesta jornada, em especial Cristina, Dora, Ariadne, Marcos, Leandra, Gláucia, Simone, Dona Vanda, Nestor(NECO), Tininha, Roberto Júnior, e Silvio Angeleli Júnior, meus anjos.

À Tia Dete, Tia Vera, Tio Frederico,

Aos meus irmãos Naldinho e Ivan.

Ao CNPq , processo número 133455/2000-9, pelos auxílios recebidos

A pessoas que, de alguma, forma incentivaram e/ou participaram desta pesquisa

RESUMO

Silva PA. Psicologia Hospitalar no HC: uma reflexão a partir da história, memória e prática institucional, do ano de 1950 a 2002. São Paulo; 2002 [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP]

O presente estudo teve como objeto, historiar a inserção da Psicologia no complexo hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo desde o ano de 1950 até 2002, e compreender a prática do psicólogo no ambiente hospitalar. É um estudo qualitativo, que a partir da análise de programas de estudos sobre a Psicologia Hospitalar e a prática profissional, refletiu-se sobre o sentido dessa prática adotando uma postura sobre linguagem e história. Para coleta de dados foram utilizados documentos de domínio público acerca do tema e entrevistas, a partir de um roteiro temático, com 21 psicólogos que atuam no HC. Como resultados, os discursos apontam para uma prática psicológica no ambiente hospitalar que se distancia da epistemologia Psicológica, gerando posturas psicológicas de assistência ao usuário do HC muito próximas ao modelo do diagnóstico médico, e em muitos momentos sendo regida por uma lógica de clínica médica, nos mostrando que apesar de estar bem estruturada dentro do HC, a psicologia vive um dilema para se localizar entre as ciências humanas e biológicas, revelando também uma premente necessidade de re-pensar o papel do psicólogo no HC e os rumos que estão sendo dados à psicologia hospitalar bem como a necessidade de mais estudos acerca do tema.

Descritores: Psicologia hospitalar. Prática Profissional. Psicólogo.

RESUMEN

SILVA, PA Psicología Hospitalaria en el Hospital de las Clínicas en São Paulo, de 1950 a 2002: una reflexión a partir de la historia, la memoria y la práctica institucional. Disertación de Maestría. Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. São Paulo, 2002.

El presente estudio tuvo por objetivos, hacer un recuento histórico de la inserción de la Psicología como práctica profesional dentro del complejo hospitalario de las clínicas (HC) de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo durante el período de 1950-2002, y comprender la práctica del psicólogo dentro de este ámbito hospitalario. Se trata de un estudio cualitativo donde, a partir del análisis de programas de estudio sobre Psicología Hospitalaria y la propia práctica profesional, se hace una reflexión sobre el sentido de esa práctica, adoptando una postura discursiva e histórica. Para la recolección de los datos fueron utilizados documentos de dominio público sobre el tema y entrevistas a 21 psicólogos que actúan en el HC, utilizando para ello una guía temática. Como resultados podemos decir que, los discursos apuntan a considerar la práctica psicológica en el ambiente hospitalario distanciada de la epistemología psicológica, generando posturas psicológicas de asistencia al usuario del HC muy próximas al modelo de diagnóstico médico y estando regida, en muchos momentos, por la lógica de la clínica médica, mostrándonos que a pesar de estar bien estructurada dentro del HC, la psicología vive un dilema al ubicarse entre las ciencias humanas y biológicas, revelando también, una urgente necesidad de repensar el papel del psicólogo en el HC y los rumbos que están siendo dados a la psicología hospitalaria, así como la necesidad de realizar estudios posteriores sobre este tema.

descriptores: psicología hospitalaria, práctica profesional, psicólogo

ABSTRACT

Silva PA. The Hospital Psychology in the HC: an analysis from history, memory and institutional practice during a 1950-2002 period. São Paulo;2002. [Masters Dissertation. School of Public Health. Universidade de São Paulo]

This dissertation had the objectives of discussing the insertion of Psychology within the Hospital das Clínicas (HC) professional work in the School of Medicine of the University of São Paulo during the 1950-2002 period. It also attempted to comprehend the psychologist's professional practice in the hospital's environment. It is a qualitative research which analyses both hospital psychology study programs and professional practices reflecting on the meaning of the psychological professional practice adopting a historical and discursive approach. Documents publicly available and interviews were used as empirical data. Twenty one psychologist working at the HC were interviewed using a thematic guide. Some conclusions are presented such as that, it appears relevant that psychologist professional practice in the HC has a weak linkage to the psychology's epistemology. It results on an patients assistance oriented very much by a medical type model of diagnose and a clinical logic. Eventhough, the psychological professional practice in the HC is a very well structured one, it faces a dilemma when it is asked to be located as a social or a biological science. This situation shows a need to discuss the psychologist role at the HC and the direction given to the professional practice. Finally, it would also be necessary to do further research on the matters discussed in this dissertation.

key words: hospitalar psychology, practice professional, psychologist

ÍNDICE

Introdução

Apresentação.....01

O problema.....06

Capítulo 01 Histórias e Memórias

1.1 Um olhar acerca da possibilidade de várias versões.....11

1.2 A intencionalidade dos discursos.....36

Capítulo 02 Um resgate histórico da Psicologia no Brasil: Com ênfase na religião Moral e Educação

2.1 Sua Historicidade.....43

2.2 A psicologia e a igreja.....45

2.3 A Psicologia e o ensino.....46

2.4 A Psicologia hospitalar.....53

Capítulo 03 Objetivo e Método

4.1 Objetivo.....55

4.2 Método.....55

Capítulo 04 Uma primeira aproximação dos dados: a inserção da psicologia no HC

4.1 O contexto.....59

4.2 A Psicologia e suas portas de entrada no HC.....61

4.2.1 A Fundap.....62

4.2.2 Os Cursos de pós graduação na FMUSP.....74

4.2.3 As especializações e os estágios.....79

4.2.4 Os Funcionários.....82

4.2.5 Os Voluntários.....86

4.2.6 Exceções.....86

Capítulo 5 ANÁLISE

Análise.....	88
5.1 O delineamento da psicologia hospitalar.....	91
5.2 Da demanda do atendimento ao paciente à formação de profissionais e o ensino..	93
5.3 Da epistemologia da psicologia hospitalar: a psicologia que se delineia.....	94
5.4 As questões éticas.....	97
5.5 A psicologia hospitalar e as clínicas médicas.....	98
5.6 Funcionários, voluntários e exceções.....	99
Considerações finais.....	100
Referências.....	103
Anexos.....	108
anexo 01 – programas de aprimoramento profissional FUNDAP	
anexo 02 – itens a serem analisados no exame de admissão de psicólogos	
anexo 03- termo de consentimento da pesquisa	
roteiro temático	
termos de aprovação CAPPesq - HC	

INTRODUÇÃO

01. Apresentação

*“Historia est testis temporum,
lux veritatis, vita memoriae,
magistra vitae, nuntia
vetustatis.”*

Cícero

Passei os anos de graduação ouvindo que a Psicologia era mais que uma ciência, era um instrumento de humanização para uma melhor qualidade de vida, como ferramenta de confronto à injustiça social, ao alívio da dor e de luta a um direito inalienável do Homem: em ser.

Minha vivência nos estágios de formação de psicólogo abrangiam três grandes áreas: a Clínica, que tinha um caráter de atendimento privado, com enfoque tradicional de abordagem psicanalítica; a Social, que deu um grande subsídio para pesquisa com populações, sob a luz da escola Frankfurtiana, na ótica de Adorno e Horkheimer com a teoria Crítica; e a Educacional que, apesar do nome, compreendia estágio de formação na pediatria de um Hospital de uma cidade do Interior do Estado de São Paulo. Mesmo que de uma forma tímida, na época (1998-99), a psicologia no ambiente hospitalar despertava para mim como

uma grande possibilidade de exercício fora das paredes de um atendimento privado nos moldes clínicos tradicionais de psicanálise, e poderia se estender e atingir uma população que muito dificilmente teria acesso a esse tipo de atendimento, além de apresentar-se como campo fértil frente às possibilidades de exercício profissional.

Assim surgiu meu interesse pela psicologia hospitalar. Recém-formado, um mês, prestava exames para admissão no curso de Pós-graduação em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP. Com a aprovação, fiquei extasiado, porque poderia aprender sobre Saúde Pública e dar prosseguimento a minhas expectativas profissionais. Meu projeto de estudo foi aceito pelo Prof. Dr. João Yunes¹.

Naturalmente, adentrei num campo de conhecimento que, por excelência, tinha (e ainda tem) um veio biomédico fortíssimo, mas com um olhar para questões sociais. Diferente do hospital em que tive contato direto com um modelo paradigmático de assistência durante o período em que lá estive, a Faculdade de Saúde Pública apresentou-se certa de seus propósitos em prevenção e assistência em saúde, prevendo a importância do espaço do profissional de Psicologia nas instituições de Saúde do País, tendo como uma das tarefas primordiais dialogar Medicina e Psicologia, visando ao melhor atendimento ao usuário do sistema de saúde.

Passado o deslumbre com as possibilidades de exercício pleno da profissão, o dia a dia foi me aproximando mais da realidade da Saúde Pública e pude perceber que, apesar dos contatos interdisciplinares com vários profissionais reconhecidamente da saúde que tem a área da saúde como campo de atuação, muito teria a aprender e fazer pela frente. Para mim o saber estaria diluído diante dessa multiplicidade de conhecimento acerca do modelo integrativo no enfoque biopsicossocial. Entendi, assim, que a tarefa, apesar de não ser muito

¹ Atualmente desenvolve um estudo de investigação das “Tendências da Mortalidade por causa violentas no Brasil e seu comportamento em relação aos países da região das Américas”, Também desenvolve pesquisas e orientações em Saúde Pública, trabalhando com interdisciplinaridade. Esses trabalhos enfatizam problemas presentes no campo da Saúde Pública em geral, contemplando a diversidade de enfoques, sobretudo nas área das ciências humanas, recortando e priorizando questões relativas às políticas públicas e Instituições da Saúde, Gestão e avaliação de Serviços, Formação de Pessoal e Informação em Saúde. Esse enfoque é conhecido no departamento de Saúde Materno-Infantil da escola por linha de pesquisa número 4(quatro). É Professor Titular do mesmo departamento.

fácil era possível, pois enriqueceria a integração do modelo de atenção à saúde que dialoga Medicina e Psicologia.

Assumi o desafio, tendo a minha vivência na pediatria de um hospital privado onde o modelo biomédico definia um conhecimento irrestrito. Sugeria mais que isso, talvez adquirisse um caráter de dogma com uma disciplinaridade fechada que gerava dificuldades de entrosamento entre os profissionais da saúde. Minha leitura era que uma disputa de espaços se fazia presente pelo fato de que saberes separados alimentavam, nem sempre pacificamente, enfrentamento de teses entre os próprios profissionais, mesmo os de saúde mental.

Ainda sob a luz da vivência pessoal, pareceu-me também que, ao adentrarmos nos hospitais, para nós, os estagiários, uma falta de modelo paradigmático claro de atendimento dificultou ainda mais a tarefa, pois a Psicologia é uma pluralidade teórica e metodológica inerente à sua própria história e natureza, podendo gerar entre psicólogos tais disputas por espaços no mercado de trabalho, impossibilitando seu crescimento e, como possível desdobramento, o fechamento de espaços legítimos nas instituições de saúde.

Diante do cenário relatado, associado ao exame de qualificação de mestrado, segui algumas sugestões da Banca examinadora, composta pelo meu orientador Prof. Dr. João Yunes, Profa Dra Maria da Penha da Costa Vasconcellos e Profa Dra Mary Jane Paris Spink. Cada vez mais me convencendo de que espaço aberto à reflexão, minha contribuição para a psicologia hospitalar seria mais adequada se eu deixasse de contar a história da Psicologia desde o seu nascimento da mãe Filosofia. A migração e entrada no Brasil, trazida pelos jesuítas com nuances de religião, educação e moral, como vinha trabalhando anteriormente, Poderia, então, num local mais específico como a instituição hospitalar, num único hospital apenas, historicizar a Psicologia e me reportar à história para dar melhor clareza do que estava falando quando necessário. Traçar uma nova cartografia, mesmo porque inúmeras publicações do tipo que estava trabalhando já eram feitas com maestria por outros autores, como Massimi (1990), Catharino (1999), entre outros.

Talvez mudar “*trajetórias e identidades de psicólogos hospitalares*” para “*Psicologia Hospitalar : um estudo exploratório*”. Isso porque o primeiro tema sugeria dois estudos, um sobre identidades e outro sobre trajetórias dos psicólogos nos hospitais, e não seria possível um estudo desse nível no mestrado. Já o segundo permitiria maior flexibilidade na condução da pesquisa e poderia mostrar as diferentes faces dos profissionais de psicologia nos diferentes locais de um hospital em que ele atuasse. Poderia, assim, ter elementos enriquecedores para uma análise sem perder o meu desejo de estudo de foco: o sentido da prática do profissional de Psicologia em ambiente hospitalar. Então, a partir da vivência nos encontros do Núcleo de Estudos Pós-Graduados de Psicologia Da Saúde na PUC-SP, nasceu o título Psicologia “*Hospitalar no HC: uma reflexão a partir da história, da memória e da prática*”. Esse título vinha agradar mais, em consonância com o que o trabalho apresenta em sua estrutura de texto acadêmico, para não dar uma falsa impressão de que se estuda alguma coisa e mostra-se outra buscando desde o índice estruturar verticalmente itens correlatos e na horizontal expor argumentos que justifiquem tal correlação entre os itens.

Não encontrei muitos estudos com esse perfil. Inúmeras publicações sobre as lacunas teóricas, capítulos de livros ou artigos que abordam a definição da prática do psicólogo que atua no contexto hospitalar são reconhecidamente fato. Estimulou-me, então, contextualizar teoricamente a inserção da psicologia no Hospital das Clínicas e seus diferentes institutos, quais possuem ou não psicólogos, localizando quais são, onde estão e o sentido da sua prática nesses locais, acreditando que possa contribuir para o crescimento da psicologia hospitalar e o compromisso do psicólogo com o social e a Saúde Pública porque, ao longo dos últimos vinte anos, parece ter havido uma enorme ampliação das vagas profissionais para psicólogos na Saúde Pública, e esses profissionais vêm construindo seus espaços de trabalho.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (2001), existem 832 psicólogos que trabalham na rede SUS, com atuações em programas de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), centros de referência de saúde do

trabalhador, Unidades Básicas de Saúde, hospitais públicos e planejamento de políticas públicas de saúde. Segundo **Lumêna Furtado**, conselheira-presidenta do CRP-SP, “a riqueza clínica do trabalho em saúde (2001: 10) pública é inigualável, pois o profissional atende a uma população diversificada com vários tipos de sofrimentos psíquicos. Isso exige uma criatividade, competência e capacidade de criar respostas, elaborar novas possibilidades de intervenção”

Na área de planejamento de estratégias políticas, a Psicóloga **Floranita Coelho Braga (2001:10)**, assessora de Saúde Mental da Secretaria municipal de Saúde de Campinas pode ser citada como exemplo de participação na elaboração dessas estratégias com a seguinte leitura: “no consultório, somos escolhidos pelos nossos pacientes e estamos, ao mesmo tempo, protegidos e solitários. Na saúde pública podemos nos relacionar com outros especialistas de outras áreas”, comenta.

Na área de prevenção em doenças sexualmente transmissíveis, **Marilene Pinto Rabello** pode ser citada. Na cidade de SOROCABA, Interior paulista, atua no COAS, Centro de Orientação e Apoio Sorológico, programa da rede municipal de saúde em DST/AIDS, em parceria com o ministério da Saúde. Para a psicóloga, na Saúde Pública atendem-se muitas pessoas em pouco tempo, portanto ficam deficitários os “feedbacks”, devido à alta rotatividade de pessoas.

Essa opinião não difere da psicóloga Kasuko Dagomori Ichimohe, que atua na pediatria do Hospital do Servidor, na cidade de São Paulo. Afirma que, em alguns casos, devido à diversidade de origens familiares “*de filhos de servidores públicos a adolescentes em situação de risco*” (sic), dados sobre a família chegam a ser coletados para auxiliar num diagnóstico.

Retomando o exposto ilustrativo com falas de psicólogos e dados da Secretaria de Estado da Saúde, a psicologia parece estar cada vez mais ampliando os ramos de atuação dentro da área da Saúde com formas e nuances de atendimento clínico nos mais variados locais, indo desde hospitais até escritórios de planejamento de políticas públicas de saúde, o que sugere então um estudo mais aprofundado da implicação da atuação psicológica no campo da Saúde Pública.

2- O PROBLEMA

Ao longo dos últimos anos, estudos apontam algumas questões fundamentais envolvendo prática, pesquisa e ensino do psicólogo que atua em instituições de saúde, mais especificamente em hospitais (**Angerami e cols., 1984, 1988, 1992 e 1996; Lamosa, 1987; Campos, 1988 e 1995; Santos, 1988, Chiattonne e Sebastiani, 1991; Neder, 1991; Mello F e cols., 1992; Botega e Dalgarrando, 1993; Romano, 1994; Giannotti, 1995 e 1996; Sebastiani e Fongaro, 1996; Chiattonne e Sebastiani, 1997; Leite, 1997, Carvalho, 1997 ; entre outros**) .

Mas parece que questões relativas à psicologia hospitalar estão ainda em estágio nebuloso, gerando falsas ou pseudoconcepções em relação à atuação do psicólogo no hospital e a inserção desse profissional na equipe de saúde, e talvez, a mais grave: a consideração da especialidade em Psicologia. Principalmente quanto à relação entre o modelo biomédico pré-existente no ambiente hospitalar e a prática do Profissional de Psicologia nesse ambiente.

M. Spink,(1992:11) diz que "(...) mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação têm introduzido transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez, novas perspectivas teóricas"

E fato notório é que o que foi dito parece fascinar uma enorme quantidade de pesquisadores e estudiosos. Porém, como afirma **Giannotti (1996:14)** "O trabalho do psicólogo no contexto das instituições médicas e hospitalares, pode-se dizer, vem delineando uma nova especialidade em psicologia, que não é inovadora em sua concepção filosófica, mas vem delineando uma forma mais sistemática no âmbito da investigação científica"

O delineamento das especialidades em Psicologia se deu como fato no ano de 2001, publicado no jornal PSI, ano 19, número 127, abril 2001, pág08, com texto relatando resolução CFP n. 02/01 que institui o título profissional de

especialista em Psicologia, vigorando a partir de 22 de março do mesmo ano. Porém as discussões começaram a tomar vulto no ano de 2000, como nos mostra o jornal PSI, ano18, número 121, março/abril 2000, pág07. Após longas discussões dos Conselhos Regionais e Federal de Psicologia, no sentido de oficializar a Especialidade em Psicologia da Saúde com aprimoramentos no campo, o texto aponta para uma prática existente que, em última análise, somente teria uma regulamentação com novo nome, deixando de ser estágio para chamar-se residência em psicologia, ou aprimoramento. Estruturalmente o aprimoramento muito se assemelha aos estágios de formação do psicólogo na área da saúde, diferenciando-se nas implicações de a especialidade vir explícita no diploma, ou mais propriamente na carteira funcional do psicólogo. Ainda não podemos ter um sentido na prática, porque estão em formação as turmas de alunos que irão teoricamente nos dar esse sentido na investigação para especialidades na área de conhecimento.

Universalmente, enquanto estrutura organizada de modelos para atuação em ambientes hospitalares, a Psicologia está crescendo, se aperfeiçoando e se lapidando. **Chiattonne (1998:7)**diz que “(...) ainda não pode colocar-se diante de uma estrutura organizada, pois ela ainda não foi estabelecida universalmente”. Mesmo porque “parte-se de parâmetros e objetivos diversos, e as publicações refletem essa questão, apesar de empenharem-se no sentido de crescimento científico e da universalização das leis que norteiam a especialidade”

O cientista, ao se defrontar diretamente com tal fragilidade estrutural, pode penetrar em uma estrutura organizada com um modelo biomédico que conta com a existência de doutrinas científicas que podem ser reconhecidas e validadas ou não. No caso da psicologia hospitalar, o pesquisador ver-se-á em posição inversa, porque a estrutura universalmente aceita não existe, como já foi dito anteriormente.

Apesar de apresentar algumas fragilidades num modelo próprio de atuação, podemos perceber que :

- A psicologia hospitalar se fundamenta no saber biopsicossocial e pressupõe a interdisciplinaridade no campo da atuação
- Apresenta consonância com a tendência holística e de humanização do atendimento em saúde

Psicologia da Saúde², então, passa a ter um campo de atuação no hospital, e se confrontam com o modelo biomédico que marca saberes precisos e delineados, fundamentados em modelos da Medicina Científica “(...) no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como verdade pelo conjunto dos profissionais médicos.” (*M.J.Spink, 1992:16*)

Assim, podemos refletir acerca da historicidade da Psicologia ao se incorporar numa instituição hospitalar e, de certo modo, entender sob a interpretação deste estudo a prática dos profissionais “psi”, refletindo também sobre o fortalecimento “de uma identidade seguramente melhor definida à psicologia no contexto hospitalar” (*Chiattonne, 1998:8*).

Para compreender a prática do profissional de psicologia que atua em ambientes hospitalares e responder a questão: “O que mesmo o psicólogo está fazendo no Hospital?”, vamos nos reportar à história da inserção da Psicologia numa dada instituição hospitalar, que tem uma característica muito particular, pois é um hospital escola. Muito provavelmente essa característica influencia a condução da pesquisa e seu resultado. Justamente por esse motivo, não podemos interpretar as conclusões do estudo como uma universalização da psicologia hospitalar e sua história de inserção na instituição hospitalar, nem os locais em que ela se apresenta como possibilidade de atuação, e tão pouco a prática profissional e o sentido para o psicólogo.

Para tanto, o estudo irá inicialmente expor a Psicologia e seus profissionais -a Historicidade. Salientamos aqui que, ao discutir historicidade, não vamos contar a história cronológica linearmente, como se os fatos ou datas fossem eventos que

² Psicologia hospitalar poderia ser considerada uma vertente da Psicologia da Saúde, estando inserida nessa terminologia. Ainda não estão claras as fronteiras que separam Psicologia da Saúde e Psicologia hospitalar

se superam um ao outro adquirindo estatuto de verdade. Pensamos que os fatos históricos são uma espiral e ocorrem em um movimento contínuo e, por isso, ao organizarmos datas, locais, pessoas e relatos pessoais ou não, será de uma forma que o pesquisador melhor se adapte

Para as professoras da PUC-SP, Maria do Pilar Viera Araújo, Maria do Rosário da Cunha Peixoto e Yara Maria Aun Khoury, a complexidade do real se apresenta para qualquer pesquisador como um vasto de possibilidades de investigação. Esquemas prévios de investigação, categorias que servem de apoio ao trabalho devem ser construídas ao longo do processo de investigação. Ainda segundo as professoras **(1998:9)** : “todo conceito é histórico, constituído, em determinado momento do processo histórico, por homens reais, concretos e com interesses, valores também concretos.” . Esse pensamento exclui as condições objetivas da investigação como condições externas que independem da vontade humana, remetendo a forças que dificilmente se podem controlar. Por isso as noções de totalidade e de cultura levam-nos a situar a história como um campo de possibilidades. Fazer história como conhecimento e como vivência é recuperar ações de diferentes grupos que nela estejam atuando, procurando entender porque o processo histórico tomou esse rumo e não o outro, resgatando as injunções que permitiram a concretização de uma possibilidade e não a de outras. Assim, ao relatarmos a história, iremos falar em tempos históricos diferenciados, rompendo com a noção de linearidade, progresso e evolução.

Dessa maneira a história deverá ser pensada em termos de experiência humana e a narração da experiência, sua interpretação e projeção. Por esse motivo que “... compreender e recuperar o movimento, a contradição, e que entende que esta compreensão é dada pela mútua determinação do sujeito que investiga e do objeto que é investigado, só pode entender por método o diálogo entre teoria e evidências. Isto implica que os procedimentos não sejam definidos a priori, ou externamente, mas sim no decorrer da pesquisa.” **(1989:44)**

No caso deste estudo, ao eleger a inserção da Psicologia no HC e o sentido da prática dos psicólogos na instituição, e o fato de o pesquisador escolher um determinado aspecto a ser abordado acerca de um objeto de investigação, não

significa que esteja fragmentando-o, pode significar que esteja entendendo-o globalmente. Claro que a subjetividade do pesquisador estará presente na seleção dos dados, mas não será uma escolha arbitrária. Será fruto de uma postura teórica do pesquisador e o objeto pesquisado.

O estudo seguirá para uma discussão a respeito da trajetória da psicologia hospitalar passando então para sua entrada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que será nomeado pelas letras "HC" ao longo do texto. Um capítulo trata dos diversos institutos do Hospital das Clínicas, passando depois para uma localização mais visual da estrutura do HC, suas divisões, localizando Profissionais "Psi", no complexo hospitalar. Partiremos para um capítulo em que será analisado o discurso dos profissionais, para o cotejar com registros de documentos que tratam dos mesmos assuntos das falas.

Ao longo do texto, o leitor poderá se questionar quanto ao uso dos termos "psicologia hospitalar" e "Psicologia no ambiente Hospitalar". Não é por acaso, pois a utilização do termo psicologia hospitalar foi consagrado pelo uso, há anos, em rotinas de trabalho, nas denominações dos serviços e divisões nas instituições hospitalares, reuniões científicas, cursos, publicações, e outros. Porém "psicologia no ambiente hospitalar" será utilizado de uma maneira que fundamente uma estratégia de atuação da Psicologia em instituições hospitalares.

CAPÍTULO 1 HISTÓRIAS e MEMÓRIAS:

1.1 Um olhar acerca das várias versões

Partiremos da premissa de que conhecer o passado é de fundamental importância para o nosso bem estar presente, e por que não futuro? Por essa razão iremos examinar como conhecemos o passado, bem como quais mecanismos são utilizados para termos consciência dele enquanto condição para que a necessidade de conhecê-lo seja suprida.

Para iniciarmos nossa reflexão deste capítulo, vamos pensar sobre como, quais mecanismos que utilizamos para conhecer épocas passadas. Fazendo um contraponto com *Raymond Quivy(1992)*, em seu livro *“Manual de Investigação Social* , no capítulo que nos leva a refletir acerca da pergunta de partida, primeira etapa, como sendo o ponto mais importante de qualquer trabalho, uma vez que bem elaborada, o restante será respondê-la buscando literatura, meios, pessoas, materiais e outras formas que possam enriquecer a resposta que será o trabalho propriamente dito. Em nossa questão sobre o passado, vamos elaborar também uma pergunta, que por ora deverá ser respondida com produção literária sobre o assunto.

Como podemos ter conhecimento acerca do passado? Ora simplesmente porque nos lembramos das coisas, histórias, lemos ou ouvimos isso ou aquilo ou, mais ainda, porque vivemos entre as relíquias de outras épocas.

Se nos dermos por satisfeitos com essa resposta, fatalmente desembarcamos num raciocínio que o passado nos preenche, nos cerca. Toda e qualquer ação conserva um residual de tempos remotos, ou passados recentes. Isso implica pensar que se reconhecemos uma pessoa, carro, animal, ou outra coisa é porque já vivemos ou tivemos consciência daquilo para poder reconhecer. Como se o acontecido fizesse parte da nossa existência, levando a interpretações de que somos a soma das partes de nossos momentos, ou melhor produtos de nossa própria existência.

de que somos a soma das partes de nossos momentos, ou melhor produtos de nossa própria existência.

Embora possa parecer satisfatória, a resposta dada, acreditamos que não seja só isso. Atribuir somente ao momento presente um esforço *para reconhecer* o passado pode gerar um engano ou facetas do passado, porque o que é visto é tido como próprio da natureza do presente. Ou seja, tudo que dizemos ser do passado só se torna passado porque assim o fazemos ser, ou reconhecemos como sendo passado.

Reconhecer o passado como âmbito temporal distinto do presente, segundo alguns acadêmicos é uma característica do pensamento ocidental. Mas em certa medida, todo ser humano de alguma forma possui uma consciência do passado, com exceção portadores de lesões cerebrais ou com comprometimento das funções intelectuais/cognitivas. Queiram ou não, lembramos sempre do que fizemos ou dissemos. Recordamos que houve um ontem e percebemos processos orgânicos como crescer ou envelhecer. Existe uma consciência do passado envolvendo familiaridade com processos concebidos e finalizados.

Temos sempre conhecimento de pensamentos anteriores, seja por relatos ou fatos. Esse conhecimento chega a nós seja por testemunho direto ou por terceiros. As experiências ou fatos mais remotos podem chegar à nossa consciência no presente.

Temos uma consciência do passado como um âmbito que coexiste com o presente e ao mesmo tempo distingue-se dele. A nossa percepção inconsciente do orgânico é o elo entre esses tempos passado e presente. Porém o que faz a separação temporal é a autoconsciência. Pensar sobre memória, idade das coisas, história ou tudo que nos rodeia freqüentemente distingue o aqui e o agora das coisas e fatos do passado. Mas esse pensar não é tão simples, porque o passado e o presente estão continuamente sob tensão, uma vez que ao refletirmos sobre essa temporalidade um esforço deve ser feito. O passado precisa ser sentido no presente e separado dele. Essa tensão de como se pensar o passado fazendo parte do presente e ao mesmo tempo sendo separado do mesmo, variam de cultura para cultura, pessoa para pessoa. Algumas podem ficar

estimulados ou deprimidos por passados imaginados ou recordados, os quais podem influenciar as experiências presentes. Para outros, o passado pode ter pouco a dizer ou nada, sendo que o presente e o futuro acabam por apropriar-se de sua atenção.

Mas seja o passado muito bem separado ou confundido com o presente, é percebido pelas pessoas conscientemente pelos mesmos caminhos.

Para tentarmos responder a nossa questão de como fazemos para conhecer o passado, iremos estudar três fontes: memória, história e fragmentos. A princípio memória e história são processos de uma introspecção e uma envolve componentes da outra tendo suas fronteiras muito sutis, e por isso memória e história são justificadamente diferenciadas. Parece que memória é inevitável e indubitável. Já a história, ou o seu contingente pode ser empiricamente verificável. Os fragmentos estão sendo considerados como resíduos dos processos, e não como processos em si. Enquanto história e memória se justificam em suas razões, os fragmentos são os resultados desses processos. Como resultados são feitos e nomeados pelos homens terão nomes específicos se naturais. Esses fragmentos irão atestar o passado biologicamente por envelhecimento e desgaste ou historicamente pelas formas e resíduos encontrados em estruturas fora de uso. O caminho para se voltar e conhecer o passado é reivindicado pelas disciplinas arqueológicas, históricas e psicológicas.

As três fontes citadas anteriormente continuamente revivem à nossa consciência de passado. Mas como fazemos para saber se tudo realmente aconteceu se o passado se foi e as analogias com o ido jamais poderão ser comprovadas ou verificadas. Não podemos presumir fatos para afirmar sobre o passado. Nem realizar experimentação sobre o fato passado. Lugares geográficos ou experimentos de laboratórios podem ser visitados ou replicados. Já os fatos presentes conhecidos podem indiretamente ser verificados a princípio, diferindo-se dos passados que, pela sua própria natureza não permitem essa indireta verificação.

Por isso ao dar nomes aos fatos passados, eles não nos fazem inferir em sua existência pelo simples fato de que eles não existem. O passado pelo passado é impossível de se conhecer, mas segundo conclusão de Collingwood:

“somente o passado residualmente preservado no presente é cognoscível”.

Os registros históricos ou lembranças podem no levar a supor que isso ou aquilo realmente aconteceu no passado. Porém, não teríamos seguramente uma certeza de que esse passado foi a um dia ou milhões de anos. Poderíamos hipoteticamente imaginar uma situação. Se ligássemos a televisão num telejornal agora e tivéssemos a notícia de que o mundo fora criado no ano 900 AC, teríamos essa notícia como uma informação de um passado ilusório, porque apenas seria uma lembrança contextualizada no agora. Isso significa que o passado em si pode ser ilusório, e duvidar dele pode trazer conseqüências .

Alterar as interpretações ou o mundo que foi criado historicamente não implica modificar um discurso somente. Todos os discursos passam a ser diferentes com implicações para a credibilidade humana. Pôr em dúvida aquilo que fora relatado ou criado por alguém, questionando-se a autenticidade do documentado, poria em dúvida a nossa própria existência. Se imaginássemos que o mundo foi criado a mil anos atrás, com certeza teríamos que rever nossos conceitos, lembranças e memórias acerca do fato, pressupondo uma falsidade de tudo que sabemos a respeito das evidências históricas e físicas desse passado, bem como lembranças e recordações que a partir da dúvida ganhariam um estatuto de fraude. Por outro lado, como seria a nossa existência sem a presença do passado? Será que nos comportaríamos exatamente como fazemos hoje? Não é possível responder diretamente, mas indiretamente fazemos uma tentativa. Independente de o passado ter sido realmente verdadeiro, ou se até existiu, o que importa nas ações humanas são as lembranças desse passado, sejam elas verdadeiras ou não. Mas com certeza não seria a mesma coisa viver sem um passado, acreditamos. Porque as tradições não teriam o mesmo valor, talvez até ganhando um estatuto de insignificante. Podemos até ilustrar o exposto. Quando

os Estados Unidos da América teriam motivo para iniciar uma “guerra ao terror”, e ter Osama Bin Laden como procurado número um do mundo, se não houvesse um passado significativo de transgressão? Não se poderiam buscar causas e efeitos ou motivos de comportamentos que se justificassem aos olhos da consciência presente. Nada poderia ser provado porque se duvidar de um passado no presente real, talvez nos induzisse a perder todos os sentidos de critérios pelos quais a dúvida em si ou em que o fato duvidoso pode ser afirmado.

Longe de especulações, poucos são tão questionadores ou céticos. Porém uma ausência empírica de passado pode deixar uma dúvida que a análise no âmbito filosófico não atenua completamente. Teremos de acreditar em um acontecimento não comprovado. A realidade mesmo que de passado imediato não pode ser recuperada, pois mesmo com evidências de ruínas, papéis, pauzinhos e pedacinhos de coisas, tememos que os escritos ou relatos sejam inventados.

Mas por que tentariam destruir o que se passou de fato e re-escrever uma nova versão?

Talvez porque, apesar de todo o esforço para se conhecer, recuperar e entender o passado, as dúvidas ainda nos persigam e a incerteza acerca do passado nos deixe ansiosos para confirmar se tudo que fora relatado realmente se deu assim. Nesse sentido, se os acontecimentos passados não têm existência objetiva e sobrevivem somente em registros e lembranças humanas, a convergência dos registros e lembranças é onde o passado pode ser encontrado. Portanto tudo o que alguém mais interessado em controlar o presente a partir do passado resolva fazer, recriando um novo formato e fazendo com que a nova versão de passado seja agora o passado, irá lutar para que nenhuma outra forma de passado tenha existido.

Embora tenhamos uma concepção temporal rapidamente percorrida, parece que a nossa capacidade para entender o passado ainda é deficiente em outros aspectos. Os resíduos e pedacinhos remanescentes de coisas e pensamentos passados ainda parecem representar uma pequena parte na composição contemporânea a respeito das gerações passadas. Por mais que saibamos que somos parte integrante de um grande acontecimento histórico de

importância máxima no presente, não será inserido na história o que sentimos. Apenas parte do que sentimos será inserido na história, para mais tarde ser referido como um acontecimento histórico daquela época

A memória também parece ser frágil nesse sentido residual. Por mais que tenhamos um monte de recordações, todas são meros lampejos de experiências já vividas. Tudo o que for lembrado ou reproduzido estará envolto às sombras do passado, privado de sensações ou apagado pelo esquecimento, e mesmo com o reconhecimento de tais fatos, o calor do vivido no passado nem sempre pode ser sentido. Talvez a força do presente seja o principal motivo pelo qual o passado se torne fraco.

Já que tocamos numa fragilidade de passado, este também parece que não tem um consenso temporal, parecendo variar de acordo com o contexto e conteúdo. Pode vir a ser presente em qualquer tempo, desde o “agora há pouco” até “a milhões de anos atrás”. Podem existir passados. Alguns se encerram com o nascimento de um ser humano, outros coincidem com o nosso calendário, podem invadir constantemente o presente. Existem passados que constantemente possuem um intervalo atrás de nós e outros que sempre recuam ou nos alcançam. A época da jovem guarda da MPB, com o “rei” Roberto Carlos, parece estar presente na memória popular como um período que termina sempre há vinte anos atrás. Alguns historiadores predizem que dentro de cinquenta anos pode existir alguém que ainda diga que a “jovem guarda” como época ainda esteja viva nos anos de 2002.

O passado então parece ser dúbio `a sua real existência, embora intimamente conhecido é inacessível, depende de como e quanto o caráter de passado é compreendido conscientemente, para que possa acontecer no presente.

É interessante entender como na memória esta fundada toda a consciência do passado. A confirmação de viver um passado se confirma na distinção de hoje e ontem, através de lembranças que recuperamos na consciência de acontecimentos anteriores.

Em seu texto “*how we know the past*”³, Lowenthal (1995) comenta uma escala de significados comumente ligados à memória que pode transcender ou obscurecer as relações com a memória. Usa sistemas mnemônicos para dizer que atraem muita atenção e grande esforço de memória, numa tentativa de recordar pessoas a serem vistas, coisas a serem feitas, caminhos a serem seguidos, mas sempre enfocando o futuro. Nesse sentido, os aspectos da memória esbarram fragilmente em nosso conhecimento sobre o passado. Existe um grande uso diário da memória recente, “a curto prazo”, como já falado anteriormente. A lembrança do material obtido parece que permeia as práticas de psicólogos, principalmente em pesquisas, uma vez que dentro de um modelo de ciência, como discutido no capítulo sobre a historicidade da Psicologia no Brasil, essas poderiam melhor se prestar a análises laboratoriais quantitativas, podendo ser reproduzidas. Se forem lembranças com menos de um minuto, melhor ainda, pois fazem parte dos assuntos mais contemporâneos enquanto enfoque dos textos especializados.

Lowenthal (1995) afirma que a memória comum, além de não ser objeto de pesquisas acadêmicas, é obstruída por uma mitologia enganadora. Nessa mitologia está presente, afirma, que a memória consiste de *inputs* físicos permanentemente armazenados no cérebro e que, de alguma forma, algum mecanismo pode trazê-las à consciência. Outro mito que é aceito é a idéia de que a natureza e a capacidade potencial da memória são iguais para todos e incapazes de modificações fundamentais. Porém, esse mito se defronta com experimentos que demonstram que, durante a vida, ao contrário das aptidões herdadas quanto experiências no decorrer da vida, podem afetar a memória.

Existe um outro mito que as pessoas das sociedades em que a tradição oral é prática, por não guardarem seus “escritos”, teriam a memória mais bem desenvolvida e sendo assim, um repertório maior de recordações minuciosas em comparação com as pessoas cuja forma escrita é comum para se transmitir a história. Existe uma visão predominante que diz que quanto mais pudermos recordar, em melhor situação estaremos. Percebemos, então, que, realmente, agir e deduzir eficazmente não requerem uma memória de enciclopédia, basta

³ In *The past is a foreign country*. 7a reimpr. Cambridge, Cambridge university Press, 1995

apenas que sejamos seletivos com as recordações, além de ter a capacidade de esquecer aquilo que não tem mais importância.

Parece que a necessidade de recordar e se utilizar dos conhecimentos da memória, bem como esquecer, força-nos a destilar, transformar o passado, acomodando as lembranças no presente.

Se pararmos para fazer uma análise, a memória impregna a vida cotidiana. Está presente em quase todos os momentos. Não se faz perceber quando estamos muito concentrados em algo ou numa ocupação, que por sua vez acaba impedindo o passado de vir à tona. Mesmo que essas lembranças estejam permeadas hierarquicamente em hábitos, recordações e memento⁴.

O hábito engloba todos resíduos mentais de atos e pensamentos passados, conscientes ou não. A recordação já é mais limitada que a memória comum, mas mesmo assim impregna a vida cotidiana, envolvendo a consciência de ocorrências passadas ou condições de existência. As lembranças em todos aspectos tendem a se acumular ao longo da vida e, por mais que açulemos lembranças e percamos outras pelo caminho, o final será uma multiplicidade de experiências como produto.

O passado pode ser lembrado coletiva ou individualmente, mas parece ter mais importância como memória no individual. Em primeira mão, recordamos sempre a experiência pessoal, especificamente aquilo que aconteceu “comigo”, sendo intrinsecamente pessoal. Mesmo porque até o presente a memória ainda é inviolável. Nela é que ocorre a maior parte das lembranças e não precisamos aprender socialmente como privar nossas recordações. Até que desejemos torná-las públicas, serão somente nossas. Então conhecer a minha memória não significa possuí-la. Por mais que seja comum falar que compartilhamos nossas lembranças, assim como a dor, somente a pessoa que a experiência pode saber exatamente a dimensão. O conteúdo das lembranças também é particularmente pessoal, pois inclui detalhes pormenorizados e íntimos das situações.

A Memória pode transformar experiências de acontecimentos públicos em experiências particulares. É o caso das situações partidárias políticas. A história

⁴ recordações preciosas propositadamente recuperadas da grande massa de coisas recordadas

política pode se transformar em um anexo de uma determinada família, por exemplo.

Como a memória é extremamente particular a cada pessoa, muitas lembranças obviamente deixam de existir assim que uma pessoa morre, se esta for a única detentora deste conteúdo. Mas não é todo mundo que lamenta as perdas de memórias. Anna Freud, no final de sua vida, quando não mais conseguia dividir com seu público leitor suas recordações afirmou: “me dou ao luxo de levar tudo comigo”⁵ Ao menos é a leitura que fazemos. Mas pode ser que em seu íntimo ela tenha esse discurso para poder desviar a atenção do real problema.

Pela natureza intrinsecamente pessoal da memória, está condenada não somente à final extinção, mas também a torna defeituosa na comunicação do passado, haja vista que dúvidas se fazem presente quando as recordações são estritamente pessoais. Sempre precisamos das lembranças dos outros para confirmar as nossas. Parece que partilhar as lembranças torna-as mais nítidas e ressalta a sua emergência. Outra característica da coletividade da memória é que temos uma ligação contínua com parentes mais velhos e um mundo anterior.

Já no caso de relembrar o passado em *self*, pode ser crucial no sentido de se identificar com ele (o passado), pois saber o que fomos confirma o que somos. A continuidade está inteiramente ligada à memória. Recordar experiências passadas inevitavelmente nos liga a *selves* anteriores, por mais diferentes e estranhos que possamos ter nos tornados. Numa conversa familiar, minha tia Odete referiu-se ao fato de que os gregos sempre identificavam o passado esquecido com morte, pois os mortos não possuem lembranças⁶. De fato, se analisarmos o comentário, quando não lembramos de nada não sentimos, num chavão popular : se não sentimos estamos mortos. Seria então correto dizer que o que está esquecido está morto?

A identidade não pode somente ser sintetizada a um conjunto de coisas que ficam na memória Ao sermos envolvidos em uma rede de retrospectão unificadora

⁵ 1977, citado por Muriel Gardiner em “Freud’s brave daughter”Observer, 10 oct 1982, p31

⁶ Apesar de não ser um argumento acadêmico, quisemos citar esse fato apenas como ilustração.

talvez possamos afirmar algo sobre identidade. Grupos também mobilizam lembranças coletivas para sustentar identidades associativas.

Sabemos que nenhuma síntese pessoal pode ser completa porque não lembramos o dia em que nascemos, esquecemos muitas coisas e algumas vezes somos quase que totalmente alienados ao nosso passado. Algumas pessoas preferem viver somente o presente, ignorando o passado.

Lowenthal (1995) diz : “a percepção de que a memória forma uma identidade é relativamente recente”. Pode ser que essa questão esteja ligada ao fato de que a memória afasta a possibilidade de um esquecimento total.

A memória tem natureza subjetiva e, portanto, torna-se um guia para o passado ao mesmo tempo seguro e dúbio. Essa afirmação se deve ao fato de que se temos uma lembrança, seja verdadeira ou falsa, de alguma forma ela está relacionada a um fato passado. Às vezes até um equívoco de memória envolve recordação de alguma coisa. As lembranças, em geral, podem inspirar confiança, porque em alguma época elas foram testemunhas oculares de algo e têm caráter consistente. Já uma lembrança muito específica pode se revelar enganadora ou até mesmo inventada. Devemos permanecer confiantes a todas elas porque são coerentes e entrelaçam-se bem com as demais para se descartar como ilusão. E como já exposto, se questionarmos em demasia a lembrança, a experiência em questão pode perder o sentido. Não existe nada que ateste a veracidade de uma lembrança. No máximo, podemos, nas palavras de Lowenthal *“considerá-las prováveis na melhor das hipóteses”*.

Existem tipos de memórias que são tão multiformes que nem todas as recordações podem fornecer perspectivas sobre o passado. Às vezes, aprendemos coisas que nem conseguimos lembrar como aprendemos, por exemplo andar. O aprendizado semântico memorizado não esclarece como e onde foi obtido. Reconhecer uma pessoa na rua pode não nos lembrar da data em que a conhecemos, e assim por diante. Certo é que alguns fatos memorizados são históricos em si mesmo, como os presidentes da República, os diretores da FSP, e outros numa seqüência cronológica qualquer. É importante memorizar datas

históricas, mas elas não fornecem nenhum *sentido* do passado para nós, como contexto.

Entrar em contato com o passado exige uma memorização intensa e, ao contrário da memória semântica e da motora-sensorial, a chamada episódica se relaciona a acontecimentos específicos em nossas vidas. A intensidade dessa recordação episódica varia de acordo com o propósito a que se destina. Menos evocativa é a memória instrumental cotidiana, ou seja, lembrar o nome de um amigo, um jantar, e outras coisas. Ela se abstrai dos acontecimentos anteriores sem evocar sensações que os acompanharam. Muitas situações da vida cotidiana se dão por esse tipo de memória. É um conjunto de sinais e marcos significativos que podem ser associados a um mapa rodoviário. Às vezes muitas lembranças sofrem esse desgaste, muitas vezes para se fazerem aceitáveis socialmente.

Os devaneios, ao contrário das recordações instrumentais, são carregados de afetos e sentimentos lembrados. Podem revelar imagens explícitas do passado, mesmo com formas incompletas. Muitas vezes, para lembrar uma cena específica ou impressão perdida, nos é exigido com frequência um deliberado esforço no início, após o qual estados de devaneio se autoproduzem.

A memória afetiva de maior intensidade pode revelar um passado tão rico e vivo que nós quase chegamos a “revivê-lo”. Podemos lembrar texturas, odores, sons, sabores como se estivéssemos vivendo realmente tudo de novo.

Essas recordações intensas são involuntárias, segundo a literatura, e quanto mais real a sensação, menos acessível se torna a recordação. Por mais que afirmem alguns autores que essas sensações são involuntárias, elas só aparecem se realmente desejarmos. Até uma lembrança agradável pode gerar conflitos. A exemplo, a terapia analítica, na qual os acontecimentos lembrados perdem sua influência coercitiva e se apaga no passado indefinido somente quando o conflito se resolve.

Algumas recordações parecem trazer o passado não apenas de volta à vida, mas a existência simultânea com o presente, induzindo-nos a leitura de que está mais próximo do que o presente. As sensações se misturam numa espécie

de “*déjà-vu*” . A sensação de já ter visto aquilo. Uma mescla do passado no presente num flash mágico.

Cada tipo de recordação subentende a sua própria perspectiva sobre o passado. Mas normalmente a memória justapõe todos tipos de recordação, enfatizando ora um ora outro. E por mais que pareça multiforme, a memória ainda se difere da experiência, recordar onde esquecemos a carteira com todos documentos é bem diferente de recordar da sensação da caneta de alta rotação de um dentista a restaurar um de nossos dentes. Apesar de ambas nos remeterem ao passado e sua percepção. Esses níveis de memória não estão segregados, sentimo-los em conjunto. Modos diferentes de lembrar permitem perspectivas diferentes dentro do passado, mas o processo pelo qual o recordar vai passar funde a todas elas. E a bem de esclarecer, toda memória vai transmutar experiência, destilando o passado em vez de simplesmente refleti-lo. A tudo que nos expomos no meio, recordamos algumas coisas ou momentos. A memória parece que foi filtrada pela percepção deixando somente alguns fragmentos serem expostos, como falamos inicialmente.

Muitas vezes para estabelecer uma ordem no caos, é preciso esquecer, para que a memória faça sentido. Muitas recordações simultâneas e desordenadas tornam-se insustentáveis.

As lembranças precisam ser continuamente descartadas e combinadas. Acontecimentos repetitivos fundem-se na rememoração, como por exemplo escovar os dentes. Como cada vez que o fazemos é praticamente igual a outra, geralmente lembramos a primeira e a última vez do ato. Uma grande parte de nossas lembranças são destinadas ao esquecimento e não temos conhecimento disso em nível consciente justamente porque esquecemos. Essa perda, segundo Lowenthal (1995) citando Lively: “transforma o passado em ilhas, em uma paisagem confusa e feita de camadas, como as saliências esparsas que surgem após uma nevasca, o poste telegráfico, a protuberância do maquinário agrícola cobertos pela neve”.

As lembranças também se alteram quando revistas. Ao contrário do estereótipo de passado relembrado como imutável, as recordações são flexíveis e

maleáveis. Aquilo que parece ter acontecido pode passar por uma mudança contínua. Pode acontecer que, quando lembramos, ampliamos acontecimentos específicos e reinterpretemos à luz da experiência subsequente e da necessidade presente.

Acontecimentos recordados com paixão são com frequência mais enfáticos do que quando originalmente experimentados. Da mesma maneira que esquecemos ou apagamos cenas que a princípio não impressionam, tendemos a exagerar aquelas que causaram uma certa impressão. Isso disfarça a diversidade e aniquila incontáveis imagens em algumas lembranças, acentuando qualquer característica singular e exagerando seu esplendor ou fragilidade.

O passado recordado não é uma cadeia temporal consecutiva. Talvez um conjunto de momentos descontínuos içados da corrente do tempo. Assim, a recuperação da memória raramente será temporal, localizamos os acontecimentos recordados por associação, avançando e recuando no tempo, entendendo o passado como Lowenthal (1995) cita Donato, em sua obra "Ruins of memory: archeological fragments and textual artifacts" (p 595):

"um museu arqueológico de fragmentos...casualmente justapostos"

Sendo ordenada ou casual, rompemos com a noção de que a memória seja apenas um conservador de passado em sua função. Não podemos também concordar com a visão de Penfield, de que os acontecimentos apreendidos podem ser reconstituídos com precisão. Bem ao contrário, como já dissemos, o passar do tempo pode provocar o esquecimento ou a distorção da lembrança. O próprio Freud já dizia em sua obra "Screen memories"⁷ que as lembranças de nossa infância não nos mostram os primeiros anos de vida como foram, e sim como pareciam ter sido em épocas posteriores quando lembradas e estimuladas.

⁷ "Screen memories" 1899 (3:322), Recovery of childhood memories, p56

Se cada ato de lembrar altera uma lembrança, narrá-las também pode alterar, pois o fato de narrar uma história pode cristalizá-la em uma linguagem própria e arbitrária. Se narrada como histórica a lembrança original, passa a não poder ser considerada devaneio. Portanto, para comunicar uma narrativa histórica coerente precisamos reformular não somente o passado antigo, mas sim criar um novo.

Isso se torna inevitável uma vez que o pesquisador coloca sua marca ao recontar com suas próprias palavras, uma narrativa moldada pela sua interpretação.

Então, a função da memória diante do exposto, para nós não é preservar o passado, mas sim adaptá-lo a fim de enriquecer o presente. Não é prender as experiências, sim poder ajudar a compreendê-las.

Também é importante abordarmos uma descrição de história. Para falarmos de história, deveríamos ter em mente qual seria a função dos historiadores. Pela negativa, certamente não seria preencher possíveis lacunas que a memória deixasse. Mesmo porque o historiador contesta até mesmo aquelas lembranças que sobreviveram intactas.

Como vimos, o estudo da memória aponta para uma direção, da qual nos ensina que todas as fontes históricas parecem estar desde o princípio imersas numa subjetividade.

Porém, a história tem como característica elaborar e expandir a memória quando interpreta fragmentos e sintetiza os relatos das testemunhas oculares do passado. Por isso, a consciência histórica, num sentido mais amplo, não refere-se apenas à história da civilização pré-histórica contada ano a ano, mesmo que não se tenham registros escritos. Porque a ausência desses registros não impede de sabermos que existiu uma era pré-histórica, obstruindo uma compreensão daquela época. Até a natureza tem uma jornada histórica. As pedras, árvores, animais têm um passado possível de ser analisado, conhecido.

A compreensão histórica agrupa o passado de entidades não humanas. A botânica, geologia, zoologia e astronomia históricas, não têm em suas raízes epistemológicas funções motivadoras de história humana, entretanto seus

descobertos sempre revelam um passado que é histórico. Um alcance substantivo da apreensão da história parece transcender à história convencional para compreender uma perspectiva mais abrangente.

O entendimento do passado abrange todas as formas de exploração. Assim como os vários níveis da memória que se fundem para produzir o conhecimento múltiplo, a história também funde fragmentos heterogêneos "históricos", com elementos fora do âmbito de nossa experiência pessoal ou dependente de relatos

Porém para se considerar história uma narrativa, um fato ou uma seqüência, as perspectivas sobre esse entendimento são as mais diversas a serem consideradas, chegando a incluir até o que seja depreciado como mitológico para uns. A percepção do passado pode ser válida agora, mas num determinado tempo o que é fato hoje pode vir a ser mito amanhã. As culturas também influenciam o que possa ser considerado histórico ou mitológico. Por exemplo, na Índia não há critérios de diferenciação entre mito e história, porém aqui no ocidente consideram-se as histórias da Índia mitos.

Portanto, a história seria tanto mais quanto menos do que objeto de estudo de historiadores, mas as divergências não são tão grandes quanto às que existem entre memória e Psicologia. Isso porque o campo de estudos dos psicólogos focaliza mais que o estudo da memória, apesar de uma parte estudar a memória enquanto mensurável e plausível de reprodução. O historiador estuda a história, tendo como campo disciplinar uma área bem definida em termos de conhecimento do passado. Lida com o passado como ele é apreendido, enquanto muitos psicólogos parecem estudar a memória como uma "memória" distante da percepção comum.

Apesar de muitos historiadores não concordarem, parece que a história e a memória têm sua fronteira definida quando se pontuam não somente como o passado é adquirido, mas a forma como é transmitido, preservado ou alterado.

Ao contrário da memória que é dada, a história é contingente, baseada em fontes empíricas que podemos rejeitar em função de outras versões.

A grande confusão parece permear as formas de entendimento entre memória e história, pois as ambigüidades e justaposições estão claramente

presentes. Como já visto, a memória inclui os relatos de “segunda mão” do passado, ou seja, o que estamos citando como história. Já a história baseia-se em testemunhos oculares ou recordações, o que citamos como memória.

É extremamente difícil separar os componentes das recordações da memória e da história, pois se não temos consciência de que parte da lembrança é um pouco da história de outrem, consideramo-las verdadeiras como o resto de nossas lembranças. Mesmo quando fontes externas podem ser diferenciadas de lembranças primárias, pode ocorrer não considerá-las historicamente.

História e memória se distinguem mais como atitudes relativas a um conhecimento de que como o próprio conhecimento. Não são apenas as lembranças originais, mas toda a história que elas contêm são normalmente aceitas como verdadeiras. Fontes de história e memória são de tempo em tempos postas a questionamentos.

O que separa a história da memória é a sua natureza de coletivo. O conhecimento histórico é produzido e compartilhado coletivamente, fazendo com que a percepção histórica produza atividades em grupos. A produção da história é uma atividade social, pois se uma pessoa a fizer sozinha, pode ser que a história seja apenas memórias pessoais, não compartilhadas.

Ao contrário do que afirmamos anteriormente, quando falávamos de memória e identidade, quando esta mesma memória corroborava a identidade pessoal, a história por sua vez pode perpetuar a autoconsciência coletiva. A exemplo: os grupos para confirmarem o que são ou podem vir a ser, definem a si mesmos através da *história* da mesma forma como a pessoa se auto define pela memória. Em discursos, a pessoa usa o eu da memória, o grupo usa o nós da coletividade para se auto-referir.

A história também tem uma característica muito própria que é a preservação. Se considerarmos que a maioria das lembranças deixa de existir junto com seus portadores, nesse sentido a história poderia ser considerada imortal. Também é menos aberta a mudanças de que a memória, uma vez que as lembranças mudam continuamente para corresponder às necessidades presentes. E até certo ponto os registros históricos resistem a possíveis distorções.

A história apesar de ser constantemente revista para dar conta a acontecimentos subseqüentes e ser compreensível para as novas gerações, é evidente que os registros originais permanecem escritos como foram feitos. Sabemos que a estabilidade da história se deve em grande parte à sua divulgação impressa, ou modernamente de forma virtual pela internet.

O conhecimento histórico se difere da memória ao contar-nos coisas sobre o passado, desconhecidas para quem vivia naquela época. Certamente as recordações transformadas pelo tempo igualmente inventam e descobrem novos fatos, e assim como a história, as lembranças revêem no presente o passado com uma percepção tardia. E como a memória, para os historiadores, sempre é revista conscientemente, a interpretação do passado deliberadamente se dará por conta dos acontecimentos e idéias subseqüentes. E apesar da história e da memória engendrarem novos conhecimentos, somente a história está determinada a assim proceder.

Parece que o conhecimento histórico é consensual por sua natureza, um vez que é visto e ouvido praticamente da mesma forma por um número de pessoas. Pode ser verificado e/ou falsificado. Mas mesmo assim, discordamos da idéia de que o passado é integralmente registrado porque, por mais que se resgate ou tente se recuperar o que ocorreu, nenhum relato histórico irá contar senão uma parte, fração do que se passou. Isso porque os relatos não correspondem exatamente ao que passou, são uma narrativa daquilo que não existe mais. E certamente alguns fatores condicionam esse raciocínio. Primeiro que o passado é uma imensidão e, portanto, o seu conteúdo é virtualmente definido. Segundo, a diferença entre o que aconteceu e o que foi narrado a respeito do acontecido é claramente perceptível. Porque o passado é um conjunto de acontecimentos e situações, e uma vez que não existe mais, nenhum relato pode ser comparado a ele. A não ser a outros relatos. Então o que é julgado não é o passado em si, mas os relatos acerca dele. E assim a narrativa histórica é uma história sobre o que aconteceu, e não um retrato fiel do passado.

E, por fim, o preconceito do presente em relação ao passado. Muito embora o conhecimento histórico seja verificável e público, é invariavelmente subjetivo.

Seja pelo seu narrador ou pelo seu público. Bem ao contrário da memória, a história depende da voz de outrem. Para termos acesso aos registros da história, geralmente nos colocamos entre uma pessoa que fala pelos fatos -o historiador- e o registro, para a nossa compreensão dos mesmos.

As perspectivas do narrador moldam sua escolha e utilização do material histórico; já as nossas determinam a escolha e utilização deste material. O passado que conhecemos está sempre dependente das escolhas que fazemos, com nossas opiniões e, acima de tudo, o nosso próprio presente. Numa relação direta, como somos produtos do passado, este é um artefato produzido por nós. Nenhum observador do passado, por mais imerso que esteja nele, pode se despojar de seus próprios conhecimentos e suposições, ou recordar algo em consonância com seus próprios interesses ou suposições daquilo que deseja fazer. Nosso desejo molda o passado histórico assim como a nossa lembrança, a fim de “explicar” o passado para nós mesmos e/ou para um público, ultrapassando fontes para enquadrar hipóteses a modelos atuais de pensamento.

Quando ao editar os dados recolhidos e sintetizar comentários, o historiador ou pesquisador, chega a uma compreensão em conformidade com seu próprio tempo. Acima de tudo, a passagem do tempo que desgasta o passado limita nossa compreensão, pois tudo que vemos terá uma lente do presente.

A linguagem da narrativa histórica também parece influir em relatos históricos. O historiador traduz suas imagens e impressões em palavras. Para absorver essas impressões, necessariamente teremos de convergir essas palavras em imagens novamente. E corre-se o risco de essas imagens se diferenciarem da idéia inicial, seja em contraponto com culturas, espaço, tempo ou ponto de vista, podendo alargar uma distância entre um narrador e o seu público. Toda linguagem pode impor sua própria convenção na percepção de passado daquele que a utiliza, podendo essas convenções transformar o registro original.

Uma percepção tardia do passado pode limitar também nossa capacidade de entendê-lo porque há a probabilidade de conhecermos mais sobre o fato do que a pessoas da época poderiam ter conhecido. Então, o que seria justo com os atores do passado? Certamente não teríamos uma resposta imediata, mas

provavelmente essa questão implique uma distorção não apenas reduzindo-se ao passado como fato cronológico, mas ampliando-se o contexto de passado histórico.

É muito importante entender como as narrativas históricas e as cronologias se interligam nos processos históricos.

Parece que estamos tão habituados a pensar no passado histórico em termos de narrativas, seqüências, datas e cronologias como se fossem atributos do próprio passado que quase chega a ser uma “verdade”. Estamos dizendo quase porque para nós não é uma inteira verdade. Para nós a capacidade de propensão para ordenar acontecimentos numa seqüência de datas é uma conquista cultural relativamente recente.

Fatos históricos são atemporais e descontínuos até que alguém os entrelacem em histórias. Não vivenciamos o fluxo do tempo, apenas uma sucessão de datas e situações; quase que grande parte da apreensão histórica permanece temporariamente vaga como uma memória, desprovida de data ou até seqüência.

Numa narrativa oral, a especificidade temporal pode ser rara, uma vez que pouca oportunidade para refletir ou comparar existe. Os narradores ou ouvintes geralmente desconsideram ou alteram as distâncias temporais. Sem datas ou registros permanentes aos quais nos reportar, não podemos estimar a duração dos eventos passados nem verificar sua ordem.

Certamente o tempo é linear e direcionado. As histórias de todas as coisas começam num passado mais ou menos remoto e continuam numa seqüência inalterável até que deixem de existir ou ser lembradas. A ordem seqüencial fornece a tudo um lugar temporal, emprestando a história contorno e forma, na qual permite inserir nossas próprias vidas no contexto de acontecimentos externos.

Lowenthal (1995) diz que a necessidade de um calendário religioso rigorosamente estabelecido, voltado para calcular a ocorrência da Páscoa deu grande importância à cronologia. Embora não aceito por um longo período de tempo, foi ele que possibilitou aos cronistas dos tempos passados e até

estruturas anuais substituíram as crônicas baseadas somente em fatos, e ao que tudo indica, parece que a estrutura anual tornou-se mais importante do que os fatos que ela continham. Percebe-se na história que uma praga, uma coroação, uma invenção eram postos em anos específicos. Nos anos em que nenhum fato considerado importante acontecesse, eles eram listados em branco. Essa cronologia domina os textos históricos até o século XVIII. Mas conflito constante entre a ciência e a história cristã fez com que as combinações entre o mítico e o comprovável parecessem progressivamente inúteis e absurdos. Para se dar conta desses absurdos, parece que os recorte temporais passaram a se reportar a datas específicas, conferindo estilos de vidas próprios a cada recorte. A Inglaterra do séc XV, Atena do Séc V, e outros. A exemplo de outras construções sintéticas tais como, "Idade Medieval", "Renascença", a estereotipia temporal parece que fortalece e materializa o pensamento sobre o passado. Podemos até não perceber, mas devemos aos cronologistas situações que consideramos banais, como as paginas numeradas, calendários, relógio; nos habituando a uma forma seqüencial considerada comum. Mas só a imprensa e a expansão da escrita asseguram a aceitação e fixação da ordem temporal. Como afirma Johnson :

*"foram necessários séculos de árdua pesquisa em fontes primárias para fornecer as seqüências prontas nas quais hoje baseamos"*⁸

A cronologia muitas vezes foi com certeza um fundamento utilizado até de certo modo com rigidez, ou simplista em determinados livros escolares, avaliando épocas com datas e comportamentos das pessoas como sendo uma realidade incontestável. Talvez essa cronologia tenha sido o principio básico para que as pessoas pudessem entender história como uma seqüência linear, contínua e interligada. Talvez o curso de "Civilização Ocidental" ministrado em escolas de ensino médio da Europa e Estados Unidos sintetizasse essa crença de que a

⁸ Johnson, "Chronological writing", pg 145, grafton, Joseph scaliger and Historical Chronology".1978

soma total da história Euro-Americana fosse um panorama inteiramente fiel aos esquemas de eventos como o conhecemos na totalidade.

Nos dias atuais, parece que datas e cronologias estão em desuso. Talvez isso se deva muito ao fato de que depois da Segunda Guerra Mundial, a história da humanidade parece não mais seguir uma única matriz, mas a de inúmeras culturas diferentes, sendo impossível e talvez irrelevante englobá-las numa seqüência comum. A civilização ocidental declinou juntamente com o etnocentrismo, após a descoberta pelos historiadores, do terceiro mundo, das minorias -mulheres, negros, crianças, judeus. Novas ênfases na história econômica comprometeram ainda mais a importância da cronologia, pois não é possível atribuir datas a ideologias e culturas da mesma forma que foram atribuídas aos reis e monarquias.

Parece que, daí então, a prática de datar acontecimentos, como era condição do conhecimento histórico, foi e tem sido aos poucos abandonada. Em recente viagem a Paris, para um congresso de Saúde, num diálogo com uma amiga, que é estudante de graduação na Universidade Sete de Paris, comenta:

“a maioria dos estudantes aqui na França sabem que existiu uma revolução, mas são alheios se que foi no ano x ou y, muito menos em que século isso pertence...”. Rita Sibeaud (2001)

Mas mesmo assim, muitos relatos históricos ultrapassam a estrutura direta e linear datada, herdada dos cronologistas. A inteligibilidade histórica exige não apenas acontecimentos passados ocorridos numa determinada época, mas sim uma coerente história. E os historiadores cansados da cliometria, de modelos deterministas e de psico-histórias, redescobrem as virtudes da Narrativa, evitando principalmente generalizações que em outras épocas seriam consideradas simplistas, para investigar áreas circunscritas em um tempo e espaço.

Ao abrir mão de datas e narrativas, corre-se o risco de que os acontecimentos se confundam em épocas, e nos movimentos sociais. A

compreensão do passado requer um mínimo de alguma localização temporal de pessoas e coisas.

Dessa maneira, parece então que, diante do exposto a historiografia, bem como a história parece se repetir com variações, como na época do iluminismo onde já se preconizava que a história escrita deveria ser uma narrativa dos acontecimentos.

Mas para falar sobre a história dos acontecimentos, com um possível renascimento de uma narrativa, vamos nos basear, deste ponto para frente, num artigo originário de uma conferência de Peter Burke sobre o assunto.

Para Burke, o historiador deve, em vez de narrar os acontecimentos, analisar as estruturas. Na França, toda rejeição do que era chamado de *histoire événementielle*⁹ era em prol da história das estruturas. Aliás essa era uma das plataformas da chamada “ESCOLA DOS ANNALES” de Lucien Febvre a Fernad Braudel. Da mesma forma, encaravam os acontecimentos como uma superfície do “oceano da história” e as estruturas podiam revelar “correntes mais profundas”. Segue a análise concentrando-se na questão das diferenças, no que poderia chamar de o grau de narrativa entre algumas obras contemporâneas de história e outras.

A atitude de alguns historiadores associados aos ANNALES não focaliza os acontecimentos particulares por si sós, mas pelo que revelam sobre a cultura em que decorreram.

Diz que esta tendência passou a influenciar disciplinas com a antropologia social, que foi discutida pelo historiador britânico Lawrence Stone, que dizia “estar fazendo mais do que tentar mapear as mudanças observadas de maneira histórica, em vez de fazer juízos de valor”. Esse historiador teria influenciado temas para discussão sobre a narrativa histórica ao expor suas idéias perante a mudança de modo analítico para o descritivo ao se falar de história. Burke faz uma vinculação entre os pontos de vista de que há uma campanha na qual os historiadores deveriam considerar as estruturas mais seriamente do que os

⁹ Historia dos acontecimentos, tradução do autor.

acontecimentos e no ponto de vista no qual os historiadores continuam a acreditar que sua função é apenas contar a história.

Confronta esses posicionamentos e diz que, se de um lado uma estrutura narrativa tradicional passa por cima de aspectos importantes do passado, sendo incapaz de conciliar desde estruturas econômicas até experiências do modo de pensar das pessoas, por outro lado os defensores da narrativa estrutural observam que a análise é estática e em certo sentido não histórico.

Para ilustrar o argumento, Burke cita a história estrutural de Braudel, "*Mediterranean*": (1949) , no qual tanto para os acontecimentos quanto para as estruturas, o que tem sido observado parece ser que o autor faz pouco sugerir que aquilo que as une poderia estar entre três escalas de tempo que ele mesmo utiliza: o tempo longo, o médio e o a curto prazo.

O formato clássico atual de um estudo à maneira dos ANNALES inclui uma divisão em duas partes- a estrutura e a conjuntura (tendências gerais), não sobrando muito espaço para análises dos acontecimentos no estrito senso, numa narrativa histórica.

Seja como for o estudo, os historiadores sejam narrativos ou estruturais, diferem não apenas na escolha daquilo que consideram significativo no passado, mas também na forma como vão explicar historicamente esse mesmo passado.

Parece que as explicações nas narrativas tradicionais tendem a exprimir termos em caráter e intenções individuais, enquanto que historiadores estruturais preferem as explicações que tenham uma forma, ou melhor, um sentido para aquilo que se explica.

Constatada a batalha entre analistas versus narradores, Burke sugere ser um bom começo criticar os dois lados no sentido de que ambos tem por suposição (falsa) de que distinguir os acontecimentos das estruturas seja fácil. Diz que temos a tendência de utilizar o termo acontecimento de uma maneira muito comum, mas não diferenciamos se este dura horas ou anos, como se fosse a mesma coisa. É necessário se fazer uma distinção dessa imprecisão para depois pensar nas variedades de modos de narrativa e de não-narrativa, que existem ao longo de uma série contínua. Devemos também sempre questionar a relação entre

os acontecimentos e as estruturas, para que seja possível ir para além das duas posições opostas.

O autor segue fazendo uma discussão na qual afirma que o problema não é se a narrativa deve ou não ser escrita, mas sim qual tipo de narrativa que se irá tecer. Essa narrativa deveria ser mais “adequada” ao nosso propósito.

Cita três problemas que os historiadores podem enfrentar em suas narrativas.

Primeiro é o modelo dos romancistas que contam suas histórias, partindo de um ponto de vista. Nele, o problema maior seria que tal expediente permitiria uma interpretação do conflito em termos de um conflito de interpretações. O historiador precisaria praticar a heteroglossia para que as vozes opostas fossem ouvidas.

O outro problema surge quando os trabalhos não reproduzem o que realmente aconteceu, tanto quanto para o representar a partir de um ponto de vista. Os historiadores deveriam advertir os leitores de suas narrativas históricas de que realmente essa versão sobre o ocorrido é apenas uma dentre as demais possíveis, saindo da imparcialidade e onisciência. O autor sugere que se o modo como a narrativa termina ajuda a determinar a interpretação do leitor, pode ser valioso que se proponha um final com várias interpretações.

Um terceiro problema é que um possível novo tipo de narrativa a ser criado poderia ser melhor que as formas de narrativas antigas, para fazer frente às demandas dos historiadores estruturais, ao mesmo tempo em que apresenta um sentido melhor de fluxo do tempo do que em geral o fazem suas análises.

Continua a sua análise sobre o problema das narrativas, dizendo que o problema de se criar uma narrativa muito densa, para lidar com os acontecimentos e intenções dos atores presentes nos mesmos, bem como as instituições ou outros, são como freios ou acelerador, que remetem à questão do tipo de narrativa que se cria.

Justifica que, embora as questões sejam vinculadas a uma retórica, não são em si retórica. Afirma ser possível discuti-las tendo como base textos narrativos produzidos por historiadores e romancistas. Compara os textos dos romances com os textos narrativos. Aponta para os textos dos romancistas como

sendo mais completos para uma análise histórica, uma vez que além do fato, traz o contexto, impressões, dados pessoais, etc. e até comenta que talvez os historiadores devessem fazer romances sobre dados factuais.

Num horizonte de possibilidades para caminhar no trajeto das narrativas históricas, podemos, como sugere Burke, compartilhar de suas afirmativas :

A micro-narrativa, seria uma narração de histórias sobre pessoas e locais em comum, técnica que é o lugar comum dos romancistas históricos. O problema dessa técnica é que ela não apresenta uma solução para problemas delineados anteriormente, além de gerar problemas próprios, especificamente quando liga a micro-história à macro-história, ou seja, tem a tendência de fazer generalizações. Burke (1992)

Também é possível contar a história de *frente para trás*, mas essa forma de organização tem sua dificuldade na forma de leitura. Deveríamos dispor os capítulos em ordem inversa, e mesmo assim cada capítulo teria que ser lido para diante. Nessa técnica, Burke diz que forçaríamos o leitor a sentir a *pressão* do passado sobre o presente, como uma experiência boa.

Uma outra forma de análise de relação entre estruturas e acontecimento, foi encontrada numa obra de um antropólogo social norte americano Marshall Sahlins, voltando ao modelo dos ANNALES. Em primeiro lugar sugere que os acontecimentos portam traços culturais distintos, que são regulados pelas culturas, no sentido de que conceitos e categorias de uma cultura em particular determinam os modos pelos quais os seus membros percebem e interpretam o que acontece em sua época. Os acontecimentos, então, podem ser estudados como uma espécie de papel heliográfico que revelaria as estruturas da cultura.

Porém, faz um apontamento, dizendo que há um relacionamento dialético entre as estruturas e os acontecimentos. As categorias seriam postas em perigo toda vez que fossem utilizadas para interpretar o mundo em mutação e, no processo de incorporação dos acontecimentos, a cultura seria reordenada.

Encerra sua discussão retomando a questão das narrativas e afirma que a escrita da história foi imensamente enriquecida pela expansão de seu tema, bem

como pelo ideal de história total. Em contrapartida, diz que muitos estudiosos consideram que a escrita da história foi empobrecida pelo abandono da narrativa em detrimento de busca de “narrativas alternativas” que se adequassem melhor às histórias que os historiadores quisessem contar. Sugere então que se estamos em busca de novas formas de contar a história. Devemos nos voltar a ficção do século XX, incluindo o cinema, por considerar a hipótese que a melhor narrativa histórica seja a de um cineasta, ou outro. Mas insiste no exemplo do cinema porque se exaltam as visões retrospectivas, cortes e alternância entre cena e história, como técnicas cinematográficas, sejam reais ou literárias. Mesmo que sejam superficiais, podem ajudar o historiador a revelar o difícil relacionamento entre os acontecimentos e as estruturas, para apresentar vários pontos de vista.

1.2A INTENCIONALIDADE DOS DISCURSOS

Para podermos prosseguir nossa reflexão, é importante que tenhamos um posicionamento frente aos discursos, relatos, textos e informações que tivemos alcance. Para tanto, iremos discorrer teoricamente sobre a forma que vamos adotar na análise discursiva de nossos informantes adotando a postura de Araújo (2000)

Primeiramente, seguindo as palavras de Ingedore Koch, dentre as possíveis formas de entender uma concepção de linguagem, entendamos que toda linguagem como forma de interação social do homem-homem, ou homem-natureza é mediatizada por símbolos. Isso equivale dizer que todas relações se estruturam simbolicamente. Mais ainda, podemos afirmar então que, o relacionamento entre homem e linguagem como representação do mundo será tratado à luz da semântica, constituindo-se o objeto de estudo da Pragmática, onde a interação social do homem se dá NA e PELA linguagem.

Mas para isso, vale retomar alguns conceitos e posicionamentos da lingüística.

Considerando a Lingüística, segundo a concebia Saussure, entendemo-la como um complexo domínio de relações entre as unidades pertencentes aos

vários níveis da língua. Nessa concepção, fundamenta-se o estruturalismo, preocupado com a descrição sincrônica das unidades lingüísticas e suas regras combinatórias. Por isso parece que ele estava preocupado com a morfologia e a fonologia.

Já Noam Chomsky, com sua teoria gerativista, vem privilegiar os estudos lingüísticos através da sintaxe, da geração de sentenças numa língua natural. A preocupação era com um modelo ideal de falante e a competência dele, para produzir frases.

Percebemos que o estruturalismo estava centrado em analisar estruturas menores do sistema, enquanto que o gerativismo centrava-se em estruturas maiores (frases). Podemos então, afirmar que se o estruturalismo procurava dar conta dos componentes dos signos; o gerativismo interpretava, ou buscava interpretar, as estruturas “bem formadas”. Porém tanto em uma como na outra teoria, notamos um trabalho intenso de descrição de língua em abstrato, o que por sua vez em nosso entendimento deixaria de abordar os fenômenos lingüísticos em situações reais, contextualizadas.

Torna-se relevante considerar a relação estabelecida entre a língua e seus falantes. Esse campo de análise, é da chamada Lingüística Pragmática, na qual a ação se desencadeia na linguagem e pela linguagem. Isso remete-nos a interpretar as situações reais onde as manifestações lingüísticas de comunicação se dêem. Ou seja, em outras palavras entender a linguagem enquanto ação. Em razão disso, são fundamentais para essa análise as condições nas quais os discursos são produzidos, condições essas que determinam a força de persuasão e a intencionalidade dos mesmos.

Ao termo “linguagem” são atribuídas varias concepções, mas nessa pluralidade destacam-se três, que aparecem com mais freqüência:

1. a linguagem humana como forma de representação do mundo e de pensamento
2. linguagem humana como forma de comunicação
3. linguagem humana como forma de ação ou de interação

Na primeira concepção, a linguagem humana pode ser entendida como representativa do mundo e do pensamento, surgindo da concepção de que o homem por meio da linguagem espelha o mundo, sendo assim a função da linguagem refletir o seu pensamento e conhecimento de mundo.

Na segunda concepção, a linguagem nos remete a forma de codificação da língua, por meio da qual os falantes se comunicam determinadas mensagens. Nela a linguagem é o mecanismo que viabiliza a transmissão das informações.

Na terceira concepção a linguagem já é vista como uma atividade. Uma forma de acaso entre indivíduos que se comunicam com determinados fins. Assim permite a prática das mais diversas formas ou atos de comunicação. Se assim a concebermos, a linguagem então passa a ser uma forma de atividade social determinada pelos interesses dos atores envolvidos.

Por acreditarmos que dado ao caráter da dialogicidade e intencionalidade da linguagem, que adotaremos a terceira concepção exposta neste texto como concepção de linguagem. Para nós a linguagem é sempre intencional. Isso equivale dizer que os falantes sempre falam com finalidades específicas, para agir sobre os seus ouvintes enquanto se comunicam.

E devido à essa intencionalidade da comunicação que o discurso vem a ser marcado como forma de ação entre os atores de um ato de comunicação. Ao analisarmos os discursos por essa concepção, o mais importante para decodificá-los é saber como o que se diz é dito, uma vez que o discurso de superfície tem um sentido básico, inicial, mas da forma como ele se manifesta em termos de interlocução pode ser que seu sentido seja alterado.

Assim, o sentido de um ato de comunicação está em dependência direta das relações postas entre falante e ouvinte, em seus propósitos de interlocução. Mas para entender a linguagem como forma de ação, como o fez Araújo (2000), convém recobrar de Austin os atos da fala:

1. Ato locutório corresponde à manifestação física de um ato de comunicação representada pelo conjunto de sons que se organizam segundo as regras de uma determinada língua
2. o ato ilocutório atribui ao ato locutório uma determinada força ilocucionária, dessa forma determinando o tipo de ato como asserção, uma ordem, um pedido, etc

3. o ato perlocutório consiste no ato que visa exceder determinada influência do emissor sobre seu ouvinte, a fim de obter dele determinada reação: convencer, assustar, etc.

Vislumbrando essas observações, podemos então predizer que a linguagem é intencional, portanto argumentativa. Os discursos estabelecidos entre os atores se constituem de intenções do emissor que pretendo dotar o receptor de determinadas informações para que ele mais adiante tome atitudes.

Por esse pensamento, podemos então, fazer cair por terra a hipótese de que existam discursos neutros, objetivos e subjetivos. A objetividade/subjetividade nada mais seria do que uma questão de graduação, e a objetividade seria um disfarce discursivo, pelo qual o locutor se esconde, parecendo que o discurso se constitui de si mesmo, sem a intervenção de alguém.

Essa aparente falta de engajamento já postula um posicionamento ideológico de quem está se comunicando.

Como estamos supondo que a natureza da comunicação é argumentativa, então quanto mais domínio o falante tiver dos recursos expressivos de sua língua, mais eficientemente este irá atuar sobre os seus ouvintes. Como o falante se depara com inúmeras formas de se comunicar, este irá escolher as que melhor se adaptem à sua intencionalidade.

O agir sobre a linguagem ocorre tanto do lado do falante como do ouvinte, pois se ambos tem domínio sobre o material discursivo com o qual estão interagindo, melhores serão os resultados da comunicação.

Manuseando a língua nos seus mais diversos aspectos, tanto falante como ouvinte estarão sem dúvida abordando a linguagem desde a sua mais simples manifestação até a sua estrutura mais profunda de significação. Nesse percurso é possível agir desde os elementos mais superficiais até os mais implícitos. Nesse ponto reside a questão crucial da interpretabilidade e da compreensibilidade - de que forma os elementos que estruturam um discurso vão garantir ao falante o acesso às informações mais profundas, subjacentes ao discurso. Somente por meio das informações mais profundas que se dá a harmonia entre o ato de "ler" e as necessidades de informação/comunicação. Podemos ainda afirmar que

somente será coerente para um falante o discurso que satisfizer essa necessidade, pois se o falante não consegue penetrar na significação do discurso , provavelmente não haverá comunicação.

Dessa maneira então, compreendemos que a intencionalidade está inscrita na própria língua e que os discursos, embora variem em relação a contextos, sempre estará orientado no sentido de agir sobre os ouvintes.

Por esse motivo que ao analisarmos discursos, devemos levar em consideração a intenção de quem está falando. A atividade de decodificação de mensagens buscará inventariar em nível de superfície lingüística, os recursos utilizados com finalidade de interagir sobre os ouvintes

Sendo os discursos essencialmente argumentativos como expomos, serão também ideológicos. Isso equivale a dizer que não expressam somente o individual, mas todo um segmento social onde está inserido o falante. Por essa razão que se classificam os discursos como científicos, motoristas, favelados, gangues, e outros. A expressão lingüística que se dá pode estar diretamente ligada à formação social do falante.

Não temos dúvidas que existem representações que garantem a unidade da língua, mas há contudo, as representações que são particulares e que correspondem a determinadas formações sociais. Decorre desse fato que as formações discursivas são equivalentes às formações ideológicas.

Podemos então dizer que, como o discurso corresponde à materialização por meio de expressões lingüísticas e seus recursos, das formações ideológicas uma vez que elas garantem a intercomunicação entre os indivíduos, a comunicação é um discurso essencialmente social. Mesmo que se manifeste individualmente.

Na perspectiva da interação entre os indivíduos o discurso passa a ser o lugar de trocas enunciativas. Lugar de embate da comunicação entre emissor e receptor, cujas intenções podem estar implícitas ou explícitas, dependendo da influencia que se pretenda. Por isso que entendemos o ato discursivo com um ato de ação. Assim sendo o enunciado do discurso passa a ser determinado pelas

condições de produção desse discurso, uma vez que a enunciação é que irá determinar por qual razão o que se diz é dito.

Benveniste (1976) nos dá uma dimensão do que seja essa relação com sua teoria da subjetividade. Bem como explora os elementos da estrutura de superfície lingüística para analisar discursos. Essa noção de subjetividade traz à luz dos estudos lingüísticos uma questão que principalmente com o advento das teorias de Análise Discursiva e da Pragmática, tem modernamente um espaço de grande importância .

Para Benveniste, a subjetividade é a capacidade que o locutor tem de se propor como sujeito em seu discurso, e essa capacidade se funda no exercício da língua. É assim que se vê a linguagem como ação e o sujeito se instituindo pelo “eu” na produção do discurso.

O autor parte da análise dos elementos dêiticos, mais precisamente pronomes, para esboçar a teoria. Centra na interação EU-TU, em oposição a ELE. Essa relação de oposição ganha o status de impessoalidade. Porém a relação de pessoalidade, o EU-TU, estabelece o ponto de vista pragmático da interlocução, ou seja, a questão do Outro na linguagem. Nessa relação o EU é pessoa objetiva e o TU subjetiva.

A pessoa subjetiva tem ascendência sobre a objetiva. Vale então dizer que o ego é o centro da enunciação, mostrando que para Benveniste a posição subjetiva é marcada pelo egocentrismo.

Orlandi (1986:116) questiona essa posição. Para ela, mesmo o sujeito não dizendo “EU” pode manifestar-se, uma vez que a subjetividade é inerente à toda linguagem. Benveniste estabelece a distinção entre enunciação discursiva e narrativa histórica. Para ele a enunciação discursiva é marcada pela subjetividade, enquanto que a narrativa histórica é objetiva.

Questionamos essa posição, pois falamos que não existe objetividade. O que existe é um disfarce discursivo, de um sujeito que se enuncia de outro local.

Sobre essa enunciação, é conveniente destacar a “polifonia” de Ducrot. Esse autor em sua teoria contesta a noção de que cada enunciado discursivo tenha um sujeito. Para ele, são várias as vozes que falam simultaneamente. Então

para fazer uma descrição da enunciação, vale-se do enunciado, uma vez que nele existem marcas que permitem descrever-lhe o sentido.

Para esboçar sua teoria, a primeira distinção que faz é a de locutor e sujeito empírico. Locutor é uma ficção discursiva, apresentado como responsável pelo enunciado. O autor empírico por sua vez, é aquele que escreve o discurso (texto) e existe no mundo biossocial.

Para o autor, o locutor “L” existe dentro do discurso, e distingue ainda o “locutor enquanto tal” (L) e o locutor enquanto ser do mundo (I) . “L” é o responsável pela enunciação e “I” a origem do discurso, sendo estes totalmente distintos de sujeito empírico.

Ducrot distingue ainda o enunciador, que emerge no enunciado na fala do locutor. O enunciador é expresso através da enunciação, mas não tem palavras precisas, uma vez que a enunciação expressa o seu ponto de vista, mas não suas palavras. Por ser responsável pelo discurso, através dele o locutor dá existência a enunciadores dos quais organiza pontos de vista e atitudes. Locutor apresenta uma enunciação pela qual ele se declara responsável, mas as atitudes expressas nesse discurso podem ser atribuídas a enunciadores de que se distancia.

“enunciador corresponde à pessoa de cujo ponto de vista os acontecimentos são relatados: é aquele que vê, é o lugar de onde o discurso se manifesta” Araújo (2000)

CAPÍTULO 2 UM RESGATE HISTÓRICO DA PSICOLOGIA NO BRASIL :

Com ênfase na religião, moral e educação

2.1 SUA HISTORICIDADE

No Brasil, a Psicologia como área de conhecimento autônomo data desde o descobrimento pelos portugueses em 1500, na época da colonização. Os jesuítas foram os responsáveis pelos primeiros cursos de humanidades no país, assim como Filosofia e Teologia, possibilitando aos residentes no Brasil prosseguir esses estudos na Europa, mais especificamente em Portugal (Ribeiro, 1984).

Refletindo sobre a conceituação da psicologia, ela provavelmente não tinha a mesma significação atual como área de conhecimento, como diz Cirigatto, citando Wertheimer:

“Alguns de seus traços já podem ser encontrados em forma embrionária nas controvérsias e cogitações dos filósofos gregos e da idade Média. Essas controvérsias e cogitações teriam sido conhecidas no Brasil, primeiro por intermédio dos cursos de Filosofia, ministrados pelos jesuítas nos seminários e depois pelas viagens de brasileiros à Europa. Os rudimentos de Psicologia como parte integrante da Filosofia, vinculada ao ensino da teologia e influenciada pela retórica, apresentavam um caráter especulativo”. (Cirigatto 1987)

Por volta do século XVII e XVIII, as contribuições na formação religiosa católica representaram um fato social muito importante, pois criaram-se escolas para indígenas aprenderem a ler e escrever. Como a cultura européia portuguesa ainda estava sob a influência da Companhia de Jesus, o Brasil se tornou um imenso palco de experimentos educacionais e psicológicos, os quais obtiveram

êxito. Essa experiência está relatada em cartas que eram dirigidas aos chefes de família da época, falando da nova forma de educação e comportamento infantil. A relação Pedagogia/Psicologia era presente na cultura colonial como a solução para a nova sociedade que estava sendo gerada. A infância era por alguns considerada apenas a fase de amamentação e por outros até por volta dos sete anos ou até que se começassem a usar a razão. Já podemos perceber a constante preocupação comportamental e de socialização das crianças.

Podemos citar o fato de que educadores não recomendavam mais que as crianças fossem amamentadas por escravas, porque o fato do leite vir de uma mulher negra poderia alterar a personalidade futura do bebê. A educação tinha um caráter determinista, pois a criança era considerada uma tábula rasa e podia ser moldada de acordo com as expectativas de seus educadores, inclusive imprimir todas as características do meio. (Massimi 1990)

Manoel de Andrade dizia em 1722 que todas as crianças eram corrigíveis e que toda doutrina era uma emenda da natureza. Bastava dar uma ênfase a formação intelectual que seus frutos seriam colhidos depois, comparando pais a agricultores. O curioso, é que se uma criança não aprendesse o que era proposto, a pedagogia colonial falava em correção de comportamento. Ou seja, se aprendeu era inteligente, senão era um desviante social. E a punição era o corretivo desse desvio. No caso de deficientes mentais, a punição era indicada com cautela, pois poderia inibir a aprendizagem e causar um "trauma". Também se falava em respeitar o ritmo individual e que os aprendizados não deveriam fixar como uma memória, mas sim servir para algo na vida das crianças, tendo um valor realmente de aprendizado. Não bastava ter boa memória, dever-se-ia utilizar de operações lógico-matemáticas. A ideologia que permeava a educação era normatizadora, devendo formar sujeitos sociais de acordo com a expectativa da Coroa. A punição deixou de ter uma função religiosa ou moral e passou a atender demandas sociais. Uma nova forma inovadora de punição proposta por José de Anchieta no colégio São Paulo era agora a vergonha. Acreditava-se que, através da reprovação social, o desviante poderia ter a chance de refletir sobre seu erro e se corrigir.

A punição física deixaria aos poucos de existir nas escolas. Também se inovou e a educação feminina passou a ser implantada, numa época em que as mulheres eram consideradas inferiores, causando uma desestruturação no esquema de educação inicial do Brasil. (Massimi 1990)

2.2 A PSICOLOGIA E A IGREJA

A igreja também se utilizava da "Psychologya" para a formação religiosa, e os templos eram os locais de ensino, bem como as praças públicas. A formação religiosa e moral eram direcionadas para a auto reflexão e introspecção, com objetivo de controlar a si mesmo e as emoções. O discurso do sujeito era considerado pela Igreja a forma de o indivíduo expor a sua vivência interior e pressupunha uma relação entre psiquismo e palavras. O discurso do falante, requeria necessariamente, um ouvinte, o que hoje chamamos de processo terapêutico, ou seja, a liberação da experiência interior pela fala, ou como a Psicanálise chama, *catarse*. A diferença é que, se o ouvinte não conseguisse saber do que se tratava a dor do falante, apenas compartilhava passivamente. Nos sermões, o indivíduo era considerado um devir de si mesmo. A experiência humana era chamada de alma, ou consciência, diferente da perspectiva da filosofia natural que considerava o ser humano partes de elementos. Uma nova visão psicofísica de ser humano passou a estar presente nos sermões e agora preconizava o controle das emoções, pois estas sim poderiam causar doenças físicas se não fossem dominadas. Padre Viera, em São Luis do Maranhão, em 1624 descreveu a fenomenologia da tristeza, um veneno que habitava o cérebro e afetava o coração, causando uma improdutividade humana. Sugeria tratamentos presentes em remédios naturais que agiriam nos níveis intelectuais e comunicativos.

Como a comunicação era verbal, uma função era causar *catarse* para se descobrir o que causava a depressão (pode-se perceber o exagero das obras barrocas que apontavam para o mal da época), necessariamente o objetivo último

religioso também parece que era modificar comportamentos. O que diferenciava de hoje a preocupação com a integridade psíquica do ser humano entre a religião da época e a Psicologia moderna talvez seja a referência teórica (filosofia Cristã) na qual a igreja se embasava.

A partir do século XVIII, o Iluminismo causou uma mudança de paradigmas que influenciou os estudiosos no Brasil. A nova perspectiva era agora a de tomar um objeto de estudo a partir das modalidades no âmbito do mundo natural. Colocam-se os novos moldes que fundamentam a Psicologia Moderna, ou seja, CIENTÍFICA. Este novo paradigma que explicaria os fenômenos a partir da causalidade natural impediria a explicação metafísica ou de outra natureza, excluindo a interferência religiosa. Um saber sobre o homem reduzia a mente para o orgânico e este seria regido pelas leis da natureza, e como consequência, poderia ser observado. Os distúrbios psíquicos poderiam ser reconhecidos, prevenidos e medicados. Ao modificar as variáveis determinantes do conhecimento psicológico, o impasse epistemológico foi resolvido, uma vez que objeto e sujeito coincidiam. E mais, essa redução eliminaria o papel do sujeito, tornando-o passível de condicionamentos orgânicos.

Assim, o papel do confessor/sacerdote passa agora a ser assumido pela figura do médico, que conhecia o orgânico. Os termos culpa e moral passam a ser chamados de doença orgânica. Os castigos passam a ser distúrbios da natureza e as normas morais ganham o nome de normas de higiene. A felicidade da salvação passa do divino para a boa regulação da máquina corporal, que era regida pelas leis naturais, observáveis.

2.3 A PSICOLOGIA E O ENSINO

A partir da Independência do Brasil, grandes mudanças nas estruturas sociais e culturais ocorreram, mudanças que iam desde a ordem pessoal até

esferas macrossociais, gerenciadas pela máquina estatal. Criam-se papéis sociais dentro da sociedade esperada e o saber vira um instrumento utilizado pelo poder político para criar novas ideologias e tecnologias que garantissem a hegemonia e a unidade do corpo social. O Brasil do século XIX tinha um modelo cultural importado da França, que se caracterizava pelo mecanicismo iluminista, espiritualismo eclético, humanismo filantrópico. A igreja enfrentava uma crise, pois o governo imperialista não mais permitia novas formas de expressão da tradição. Em São Paulo, criam-se várias escolas secundárias e evidencia-se a presença de grupos norte-americanos protestantes, o que causou a proliferação da Psicologia Científica no País.

O Panorama da Psicologia, então, estava muito ligado à educação e ao ensino nas várias escolas, como objeto de estudo das diversas áreas. Nestas escolas a Psicologia estava voltada muito para questões filosóficas, assim como para o estudo da subjetividade, propedêutico à sua teoria e prática que viria a se estruturar ao longo do século XIX, tendo três fases principais.

A primeira fase abrangia as três primeiras décadas do referido século, com uma Psicologia filosófica transmitida nos cursos acadêmicos inspirada na escola sensualista francesa de Cabanis, Condillac, D'Holbach e no empirismo moderado. A Psicologia é considerada como parte mais abrangente da ciência do homem cujo fundamento estava na fisiologia ou nas leis da natureza.

Numa segunda fase histórica do ensino da psicologia filosófica, por volta de 1840, o ecletismo espiritualista introduzido no Brasil pelo frei Franciscano Mont'Alveme, com base nas conceituações filosóficas francesas de Cousin, Maine de Biran e Royer-Çollard, caracterizou-se como um movimento que iria ser uma síntese de todos os sistemas anteriores e superaria o exclusivismo que era característico. O espiritualismo propunha que a psicologia fosse introspectiva e definisse a consciência de si como instrumento de indagação e o Eu como objeto de estudo. As ações do Eu seriam analisadas em sua especificidade: inteligência e sensibilidade, bem como os fenômenos psíquicos produzidos por estas faculdades.

Numa terceira etapa do ensino da psicologia filosófica, numa versão espiritualista do idealismo clássico alemão, as aulas eram baseadas em ideais sociais e políticos do humanismo maçônico.

Alguns autores classificam a Psicologia como experimental ou histórica e consideram-na parte da antropologia, pois tem o Ser como o conhecimento do homem num todo: CORPO E ESPÍRITO. Paralelamente, nos seminários episcopais e escolas de formação religiosa, a psicologia é estudada como parte da metafísica ou ainda como conhecimento prático do comportamento humano, mas ainda no âmbito da teologia moral. As psicologias associadas à lógica são consideradas propedêuticas ao estudo da metafísica, estruturando-se em psicologia experimental, que compreenderia o estudo dos fenômenos psíquicos, e psicologia racional, que estudaria a alma humana. A metodologia da investigação da psicologia experimental baseava-se na observação interna e na psicologia racional utilizando-se do método lógico-dedutivo.

A Psicologia moderna, científica é então uma continuidade da Psicologia Filosófica, e se preocupa com sono, vigília, loucura, percepção, entre outros aspectos sensoriais, e os conhecimentos da Psicologia Moderna passam a servir ao Estado e disciplinar a sociedade através das teorias e das técnicas de psicologia na educação, no trabalho e na família.

As técnicas da Psicologia mecanicista estavam a serviço do processo de aculturação social proposto pelos políticos que visavam a transformar os indivíduos em cidadãos submetidos ao Estado. O esquema de aculturação foi representado pelas propostas legislativas e reformas de agências sociais. Para operacionalizar o esquema, o discurso médico se fez presente e elaborou categorias conceituais particularmente adequadas que justificassem os objetivos de controle, criando dispositivos pertinentes. O novo ponto de vista na época era a higienização das emoções e adaptação dos indivíduos ao sistema. O bem-estar é visto como um todo e passa a ser identificado com sua integração no âmbito do organismo social. Nesta perspectiva, a psicologia médica torna-se um poderoso instrumento de controle de populações e indivíduos.

Nessa época, a subjetividade humana ganha duas formas: a da higiene enquanto área da medicina que assumia a função de prevenção e controle do bem-estar social e a forma patológica, a alienação mental, acessível para o conhecimento objetivo. A loucura foi muito discutida no século XIX porque o interesse era responder às exigências de tornar público o que até então era particular. Evidenciando possíveis transtornos mentais ou de personalidade os indivíduos eram retirados da sociedade e deslocados para asilos de tratamento uma vez que a medicalização imperava. Assim a sociedade estaria funcionando satisfatoriamente sem pessoas desviantes, doentes, ou outros adjetivos.

A consciência pública estava imbricada ao Estado e representada pelo discurso médico, que na época era o único conhecimento capaz de julgar o comportamento humano do ponto de vista de sua racionalidade, dando origem ao papel filantrópico do médico. Inspirado no método terapêutico psiquiátrico francês, a internação era indicada para reintegrar um sujeito à sociedade, em ambientes que reproduzissem a sociedade para promover tal intuito, justificando-se assim o surgimento de vários hospícios no Brasil.

Como científica, a psicologia efetivamente ganha corpo no Brasil a partir da segunda metade do século XIX pelos educadores e médicos, apesar de já estar presente em alguns trabalhos do início do século. O positivismo proposto por Comte foi intensamente divulgado na cidade de São Paulo pelo médico Luis Pereira Barreto, que tinha como objetivo reconstruir a espiritualidade social somente pela demonstração, experimentação e quantificação. A antiga metafísica, a filosofia e a teologia foram desprezadas. A Psicologia ganha agora o nome de Fisiologia Mental. A doutrina comtiana considerava aspectos como sensibilidade, inteligência, sentimento e atividade como o composto humano e toda doença eram um desequilíbrio individual dentro do coletivo, portanto deveria ser tratada em sua origem. Neste momento rompe-se de vez com a religião, uma vez que a crença no sobrenatural tinha correlação com desarranjos cerebrais e comportamentais.

Então, no início do século XX, a medicina representava um campo propício para a Psicologia se constituir como científica no Brasil, uma vez que a

mentalidade positivista permeava essa área de conhecimento. O primeiro grande trabalho de psicologia experimental publicado no Brasil foi apresentado por Henrique Roxo de Britto Belfort, em 1900 na escola Médica do Rio de Janeiro, cujo tema foi uma tentativa de associar Psicologia Experimental, Neurologia e Psiquiatria. Esse mesmo autor foi responsável pelo laboratório de experimentação psicológica junto à cátedra de Psiquiatria da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e orientador sobre estudos práticos de testagem psicológica no Brasil. (Cirigatto 1987)

Percebe-se, então, que a medicina influenciou e muito (ênfase nossa) a criação e estabelecimento da Psicologia Científica no Brasil, constatando-se essa afirmação em áreas da Psicologia forense e criminal, bem como da Psicologia Social.

No ano de 1931, ainda em São Paulo, foi criado o serviço de Psicologia Aplicada, junto à diretoria Geral de Ensino, chefiada por Noemi Silveira Rudolfer, um embrião do laboratório de Psicologia educacional que no ano de 1934 seria incorporado ao Instituto de Educação da Universidade de São Paulo, mesmo ano em que se instituiu a cátedra de Psicologia Educacional na mesma universidade e deram-se os primeiros cursos de psicologia geral na Faculdade de Filosofia da USP. No Rio de Janeiro, o instituto de Educação da Escola Normal foi incorporado à Universidade do Distrito Federal em 1935, datando assim o ensino Universitário de Psicologia no Brasil (Massimi 1990).

Parece, então, que a Psicologia teve uma estreita relação com a Medicina para firmar-se enquanto científica no Brasil e uma estreita relação histórica com a Pedagogia.

Nesse histórico, consta que, mesmo antes da oficialização e reconhecimento da profissão de psicólogo, no ano de 1962, a Psicologia como técnica já vinha sendo usada por outros profissionais como, por exemplo, médicos em hospitais, educadores nas escolas, advogados em tribunais, o que nos mostra que possivelmente houve, como diz Catharino:

“o fato de que a criação de um curso de Psicologia na USP foi proposta em 1953, sendo alegada, na época, a demanda então existente de profissionais desta área, por parte das repartições estatais e paraestatais ou empresas particulares, além das considerações a respeito da formação dos práticos-psicologistas, contrapondo um aprendizado científico de caráter universitário ao caráter pragmático então em vigor” (Catharino 1999)

Os psicologistas, até então, eram autodidatas, os pioneiros da psicologia brasileira. Os médicos psicologistas estavam se dedicando à aplicação de testagem psicológica e procedimentos psicoterápicos em pacientes dos hospitais. Até 1940, a Psicologia estava atrelada a cursos de biologia e Neurologia. Outro aspecto da história da Psicologia no Brasil que deve ser ressaltado é que desde o início as aplicações da psicologia feitas pelos psicologistas seguiam aquelas que tardiamente viriam a ser chamadas das áreas tradicionalmente instituídas nos cursos de graduação: educacional, clínica e do trabalho.(Massimi, 1990)

A Psicologia vinha sendo usada muito tempo antes de sua oficialização no Brasil, ou seja, a prática estava efetivada muito antes da teoria, entendemos teoria aqui como um curso de graduação profissionalizante que habilitasse profissionais desta área. Quando falamos em teoria *versus* prática, estamos falando que essa relação não é privativa e nem se origina num local histórico específico, pois outras áreas de conhecimento também têm seus movimentos históricos próprios. Acredita-se que esses movimentos ocorrem pela divisão social do trabalho, que de um lado pede o trabalho prático; e do outro pede a produção intelectual, mais centrada em teorias conforme Catharino(1999)

“Fundamentando esta divisão, temos o sistema capitalista e o ideário liberal, que instituem um modelo tecnicista, meritocrático, que explica e legitima a alocação dos indivíduos num e noutro pólo do binômio.”

Em nossa, sociedade como está estruturada hoje, existe a separação e valorização da mão de obra de acordo com uma hierarquia valorativa, que embora muitas profissões sejam de um curso superior, algumas profissões são mais valorizadas que outras. Os valores podem estar sendo atribuídos de acordo com a imbricação da teoria e da prática das diversas áreas de conhecimento. Parece que quanto mais próxima a prática estiver da realidade teórica, mais valorizado será o profissional. Sendo o contrário também verdade, ou seja, quanto mais distante a teoria estiver da realidade menos valorizado será o profissional. A cultura do imediatismo. Ainda mais numa época como a nossa que estamos vivendo na contemporaneidade, quando fenômenos sociais como a globalização, a velocidade das informações via internet exigem resultados visíveis e cada vez mais individualizados dos profissionais. Essa cultura de separação pode gerar uma fragmentação do ser humano em sociedade. Particularmente no caso da Psicologia, para tentar resolver esse hiato entre teoria e prática, um movimento recente ocorreu nos cursos de graduação, com uma proposta de renovação da grade curricular, esperando que o aluno saísse da faculdade minimamente habilitado e com “certa competência” para dar conta destas questões fragmentárias do Ser-Humano. Porém o que se pode perceber é que estas renovações curriculares, baseadas numa nova LDB. (Lei de Diretrizes e Base), foram ao encontro dos interesses do mercado de trabalho e empresas multinacionais. Essa forma de funcionar não só reafirma, mas reedita uma nova forma de segregação entre teoria e prática.(Catharino 1999)

2.4 A PSICOLOGIA HOSPITALAR

Segundo Andreis (1995) “A psicologia hospitalar, derivada da psicologia clínica, vem crescendo e ganhando atualmente cada vez mais espaço, promovendo continuamente a ampliação de saberes teóricos específicos e a própria expansão da área de atuação”

A psicologia hospitalar teve sua origem datada em 1818 como a área de atuação psicológica no hospital McLean, de Waverly no estado de Massachusetts, onde se fazem menções da inserção do psicólogo no quadro funcional numa equipe interdisciplinar com médicos patologistas, fisiólogos e químicos. Um maior contato entre psicólogos e médicos, parece ocorrer após a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente entre psicólogos clínicos e psiquiatras, limitando-se estes contatos a psicodiagnósticos de encaminhamentos de outras especialidades (Chiattonne 1990).

A introdução da Psicologia em hospitais parece não ser nova. Data da década de 1950 uma atuação psicológica em hospitais gerais no Brasil, e em função desta prática, as técnicas de abordagens terapêuticas foram sendo mais adequadas a uma realidade hospitalar, não se restringindo a técnicas clínicas de consultórios psicológicos particulares .

Se assim se configura uma possível atuação psicológica em hospitais, podemos pensar que os conceitos teóricos também serão repensados e provavelmente aprofundados numa tentativa de compreender o processo de adoecer, assim como o processo de saúde psicológica.

A evolução histórica da inserção dos psicólogos nos hospitais, e o seu campo de atuação foram objetos de alguns estudos (Angerami 1984;1992 Lamosa 1987;1990) indicando três vertentes de atuação definidas interligadas e não excludentes: a assistência, o ensino e a pesquisa como partes das atividades do psicólogo no hospital, mas o que se sugere é que as atividades estão centradas na área assistencial (Andreis: 1995).

Tivemos a percepção de que o trabalho do psicólogo depois da regulamentação da profissão em 27 de agosto de 1962, centrou-se mais na atuação clínica, exercendo funções em clínicas universitárias (clínicas-escola) ou consultórios particulares. Em hospitais, na década de 1950, devemos ressaltar nomes precursores em psicologia hospitalar: considero precursora da psicologia hospitalar em São Paulo, MATHILDE NEDER que no ano de 1952 iniciava suas atividades no Instituto Nacional de reabilitação, que hoje é a Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP. SUELY BRUNSTEIN, citada em um trabalho de pós-graduação, em Porto Alegre desenvolvia atividades como Psicóloga em hospitais Psiquiátricos através de um programa de treinamento de estudantes de psicologia, utilizando a rotina diária do hospital. Ao lermos mais com cuidado referida dissertação, essa citação não se contextualiza claramente em que ano da década de 1950 isso acontece. Ainda em São Paulo, AIDYL MACEDO DE QUEIROZ em 1955 desenvolveu suas atividades na Seção de Higiene Mental da Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Posteriormente foram se estruturando Serviços ou Departamentos de psicologia hospitalar nos outros Estados do País.

A partir da década de 1970, houve vários cursos institucionalizados de formação em psicologia hospitalar, desde os de aperfeiçoamento até os de especialização.

CAPITULO 3 OBJETIVO E MÉTODO

3.1 OBJETIVO

Nosso estudo objetiva historiar a inserção da Psicologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e entender a especificidade da prática profissional do psicólogo nos diferentes institutos do complexo HC

3.2 MÉTODO

Realizada a pesquisa e revisão bibliográfica acerca do tema, alguns passos a serem seguidos para a pesquisa de campo foram eleitos. Inicialmente contactou-se a direção da Divisão Central de Psicologia do Instituto Central do HC, solicitando autorização para realização da pesquisa. Encaminhado o projeto para o Comitê de Ética da instituição, e sendo aprovado pelo mesmo, iniciou-se a pesquisa. Também foram contatado todos os comitês de ética dos diferentes institutos, e de acordo com a experiência de aprovações em projetos e para não inviabilizar esse trabalho por motivos de datas dispares das reuniões em cada instituto, optou-se por criar um protocolo de pesquisa no CAPPesq, órgão máximo no complexo HC que julga a ética dos trabalhos de pesquisa que são realizados em qualquer uma das unidades do HC.

Antes de qualquer entrevista ser gravada com os profissionais, eles foram contatados e informados através de um Termo de Consentimento (vide anexo) e, respeitando-se os itens do Termo, uma vez de acordo, as entrevistas se deram. Tais cuidados éticos são tomados pelo pesquisador para buscar garantir a participação livre dos entrevistados. Também foram contatados responsáveis por

setores onde os documentos estivessem arquivados, solicitando permissão para que se tivesse acesso aos mesmos.

Em seguida sistematizou-se a pesquisa de campo com uma escuta pré selecionada: parando de pensar objetivamente sobre o que era foco de atenção e deixando se expressar o que foi criado ao longo do tempo, adotando-se enquanto recurso estratégico para obtenção de informações o caminho abaixo:

A) Para obtenção das informações históricas e de memória foram utilizadas duas fontes:

- entrevistas (relatos orais) com profissionais;
- consulta a documentos de domínio público.

Tais documentos foram eleitos porque, de acordo com Peter Spink, :
"São produtos sociais tornados público. Eticamente estão abertos para análise por pertencerem ao espaço público, por terem sido tornados públicos de uma forma que permite a responsabilização, podem refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia , ou no âmbito das relações sociais, pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e vir de versões circulantes assumidas ou advogadas." (P.SPINK, 1999:136).

B) Para historiar a inserção da Psicologia no Hospital das Clínicas foram utilizados dados dos documentos de domínio público (P.Spink, 1999), como:

- Dissertações de mestrado;
- Teses de Doutorado;
- Artigos;
- Documentos técnicos da FUNDAP, (Fundação do Desenvolvimento Administrativo)
- Documentos técnicos/administrativos do HC

Esses documentos de caráter técnico contêm informações relevantes acerca da forma com que a psicologia foi conduzida através do processo histórico em curso, podendo assim esses dados auxiliar na compreensão global da inserção histórica da Psicologia no HC. Contém também dados de funcionamento da instituição segundo legislação vigente.

C) Para entender a atual inserção da Psicologia nos diferentes institutos do HC, foram utilizadas também outras duas fontes de informações:

- Documentos do setor de Recursos Humanos, como contratos de trabalho e publicações do Diário Oficial Do Estado de São Paulo contendo editais de concursos de psicólogos para o HC para localizar onde estão os psicólogos na Instituição.

E após localizados:

- Entrevistas com os profissionais de Psicologia localizados pelo mapeamento nos diferentes Institutos.

Entrevistas essas não estruturadas, seguindo um roteiro temático (vide anexos). Esse tipo de entrevista foi escolhido por que é sabido que nenhuma interação com a finalidade de pesquisa é totalmente aberta, porém se for menos estruturada pode permitir que emergjam aspectos afetivos e experienciais de forma menos racionalizadas e intelectualizadas. Por isso, o roteiro da entrevista possui em vez de perguntas, tópicos que delinearão o objeto da pesquisa. Acredita-se que desta forma possibilita-se surgir significações, perspectivas, conforme o próprio participante determine. Nas palavras de MEIJHY (1996), “trata-se de um roteiro tipo temático”

Sendo também o estudo de natureza qualitativo e social, entrevistas não estruturadas foram utilizadas porque de acordo com MINAYO(1994): “esse tipo de entrevista permite ao entrevistador fazer perguntas e intervenções que julgue convenientes e oferecem, ao entrevistado, a

flexibilidade necessária para configurar o campo de entrevista, dando-lhe autonomia para dirigir o relato”

Dessa forma, tendo elementos comparativos que propiciassem a reflexão acerca do sentido da prática profissional do psicólogo no HC, a análise foi realizada procurando se identificar elementos comuns entre os diferentes programas e o que é específico de cada um. Foram analisados os programas de aprimoramento dos diferentes institutos e o programa do processo de seleção para contratação de funcionários- categoria psicólogo. Também analisamos informações oficiais sobre a pós-graduação em fisiopatologia experimental, que conta com 20 psicólogos inscritos. Também foram analisados os estágios e os voluntários. Durante o período de coleta de dados, realizamos 21 entrevistas com diferentes atores (funcionários, aprimorandos, voluntários, pós-graduandos, estagiários) que participaram do processo de construção da psicologia hospitalar. Todos os relatos obtidos foram utilizados como material de apoio para a análise .

CAPÍTULO 4 UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO DOS DADOS: A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO HC.

4.1 O Contexto

Antes de propriamente falarmos da inserção da Psicologia no HC, precisamos contextualizar essa instituição de que estamos falando.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC) foi criado no ano de 1943, pelo decreto-lei n. 13.192 de 19 de janeiro/43, sendo uma entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônio próprio, com autonomia administrativa e financeira dentro dos limites traçados por um decreto lei complementar n. 7 de 6 de Novembro de 1969. Estava vinculado até 1987 à Secretaria do Governo para a Coordenação Administrativa para fins administrativos, pois no mesmo ano o Decreto N 26.920 passou a vincular-se à Secretaria de Estado da Saúde e associa-se à Universidade de São Paulo para fins de ENSINO, PESQUISA E PRESTAÇÃO DE SERVICOS médicos-hospitares à comunidade, gozando inclusive no que se refere a seus bens, rendas e serviços, das regalias, privilégios e isenções conferidos à Receita Federal.

A finalidade do HC, constituído por seus diferentes institutos e divisões, é servir de campo de ensino e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina da USP e das escolas superiores com currículos relacionados às ciências da Saúde. Também tem por finalidade servir de campo de aperfeiçoamento para profissionais relacionados com a assistência médico-hospitalar(e prestar a mesma assistência), proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas, realizar cursos especiais no campo da medicina e da saúde, colaborar para o exercício da medicina preventiva e para a educação sanitária da comunidade, e também organizar e colaborar em programas de reabilitação de pacientes.

Funcionalmente o HC está sistematizado como Administração Superior e Unidades Hospitalares, sendo que a Administração superior é compreendida por

órgãos do Conselho Deliberativo, Superintendência e Diretoria Clínica. Segundo seu regimento em seu texto original o HC compreende as seguintes unidades:

- Instituto Central (IC)
- Instituto do Coração (InCor)
- Instituto da Criança (Icr)
- Instituto de Ortopedia e traumatologia (IOT)
- Instituto de Psiquiatria (IPq)
- Instituto de Dermatologia
- Instituto de Neurologia
- Departamento de Hospitais Auxiliares
- Laboratórios de Investigação Médica

Essa estrutura sofreu alteração por meio de decretos, nos anos de 1994 (decretos n.39.465, n.38.911 e n.39.469) e 1999(decreto n.43.839) respectivamente, passando a compor unidades hospitalares do HC:

- Instituto de Radiologia
- Divisão de Medicina de Reabilitação
- Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/AIDS
- Divisão de Clínica Neurocirúrgica

Deste ponto em diante vamos percorrer um pouco as salas, corredores, consultórios dos institutos buscando reconhecer nosso sujeito, tendo em mente

que partimos do quadro atual para trás, para entender como se teceu esta complexa malha de profissionais de psicologia hoje, interagindo com seus pares, profissionais de saúde, outros profissionais que atuam no HC e não são da área da saúde por formação, mas trabalham num ambiente hospitalar.

4.2 A PSICOLOGIA E SUAS PORTAS DE ENTRADA NO HC

A Psicologia, enquanto possibilidade de área de atuação no HC, possui várias portas de entrada para os psicólogos. Como acesso, estamos considerando o local de origem, o vínculo institucional, dos psicólogos que atuam com suas práticas profissionais no ambiente hospitalar do complexo HC

Existem os profissionais que são funcionários no complexo HC, contratados por concursos públicos ou contratados a título precário, que significa que são funcionários do Hospital, sem efetivação até que se crie um concurso para tal. Temos os funcionários da Fundação Faculdade de Medicina e os funcionários da Fundação Zerbini. Assim, criamos uma categoria funcionários do HC.

Temos uma categoria que se mescla entre o funcionário e o estudante. É o bolsista FUNDAP. Esse bolsista entra no HC para aprender melhor o que a faculdade não lhe ensinou, mas explicaremos melhor mais adiante. Representando a parte acadêmica temos os alunos de pós-graduação. Também temos uma categoria que é chamada de estagiário, que apesar do nome, são psicólogos que de alguma forma tiveram uma passagem pelo HC e se candidataram a continuar suas atividades no hospital. Essa possibilidade existe desde que se preencham requisitos do setor, serviço, ou divisão que solicite juntamente com um setor da Administração, a Coordenadoria de Aprimoramento de Pessoal, ou CAP como é chamado. Essa coordenação também gerencia as bolsas e pessoal da FUNDAP, bem como especializando e voluntários.

E por fim foram encontrados alguns psicólogos que não se enquadram em nenhuma das categorias acima descritas e mesmo assim ainda estão atuando no HC, sem nenhum tipo de vínculo e/ou formalidade.

Para todas categorias acima, o curso de psicologia na graduação parece ter tido a mesma estrutura curricular:

- a característica de ser dado em quatro anos e o aluno possuir título de Bacharel em Psicologia, esse título não o Habilita a atuar clinicamente. Para ser

um psicólogo, é necessário que tenha cursado a FORMAÇÃO DE PSICÓLOGO, ou seja um ano a mais, tendo assim a habilitação necessária para tal. Esse último ano, dependendo da escola, pode ter nomes que vão desde estágios supervisionados em psicologia até residências. Mas só isso não basta para ser um profissional que está na ativa, é preciso também estar devidamente inscrito em seu Conselho Regional de Psicologia (CRP) e em dia com as anuidades.

Estaremos então falando aqui dos profissionais que cursaram o quinto ano de Psicologia para terem em seus diplomas o título de psicólogo.

4.2.1. A FUNDAP

Como porta de entrada para psicólogos no HC a Fundap parece ter um papel marcante na história da inserção da Psicologia no complexo HC.

Desde a criação do Programa de Aprimoramento Profissional pelo Decreto Estadual n.13.919 de 11/9/79, que encarrega a Fundap de administrar o pagamento das bolsas do programa, que também é conhecido como PAP, criou-se também uma comissão especial para gerenciá-lo e traçar diretrizes, indicando as instituições que inicialmente participariam do programa.

Em sua origem, o programa contemplava várias atividades de treinamentos na forma de estágios práticos, voluntários e não remunerados, que ocorriam principalmente em institutos que estavam ligados à Secretaria da Saúde, como o Instituto Butantã, Instituto Adolfo Lutz, e outros, os quais foram os primeiros a utilizar o PAP.

Com o passar dos anos, outras instituições que também tinham atividades de treinamento em serviço nas diversas áreas da saúde passaram a ser parte integrante do programa.

Já no ano de 1988, pelo decreto estadual n. 28.495, de 15/6/88 cria-se o Conselho Estadual de Formação Profissional da Área de Saúde, o CONFORPAS, e, ao mesmo tempo, credenciam-se outras instituições, elevando o número de bolsas para mais de 1200 ao ano.

O sistema de saúde evoluiu, e conseqüentemente o programa também. O quadro de profissões da saúde, em particular os profissionais não médicos em setores públicos governamentais e as de caráter público que não são governamentais, parece que teve um significativo aumento, um crescimento, ao menos no Estado de São Paulo. E como mola propulsora apresenta a adoção do princípio da atenção integral à saúde da população pela transformação do papel do sistema de saúde e pelo desenvolvimento tecnológico.

Parece que essa descrição de um quadro nos induz a interpretar que existe uma tentativa de se adotar um enfoque multidisciplinar e multi-profissional na criação dos programas de prevenção e de complementação à prática médico curativa ou assistencial à saúde. E também o aperfeiçoamento das atividades de apoio terapêutico e de diagnóstico ligados ao aumento da demanda e/ou ao desenvolvimento tecnológico das atividades de vigilância à saúde.

Outro fator que também pode ter contribuído para o estabelecimento do PAP no setor da saúde seja ele público ou privado, no estado de São Paulo, é que esse Estado pareceu estar bem aparelhado em relação ao número de equipamentos, associado à qualidade das instituições mantidas pelo governo Estadual ligadas à Secretaria de Educação, nas três universidades estaduais Unicamp, Unesp e USP, bem como outras instituições particulares de ensino superior, entendendo todos esses locais como privilegiados para a formação profissional.

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DO PAP

O PAP é um programa de bolsas de formação profissional para área da saúde, que tem como natureza um curso de pós graduação mantido pelo governo do Estado de São Paulo, sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, executado pelas diversas instituições de ensino superior ligadas ao SUS e administradas pela FUNDAP.

Em sua definição enquanto modalidade de ensino, define-se o PAP como pós-graduação *LATO SENSU*, voltada ao treinamento para a prática profissional das várias categorias que integram os serviços de saúde. Existem dentro do PAP outros « sub-programas » para cada categoria profissional, porém todos baseados em um único princípio, que é o de treinamento em serviço sob a supervisão de um profissional qualificado com no mínimo título de mestre ou experiência de três anos na área sob sua supervisão.

Nas instituições em que existe o PAP, cerca de 80% da carga horária de quarenta horas semanais é dedicada à prática profissional, com prestação de serviços direta ou indireta no atendimento à população.

Essa metodologia fundamenta-se em princípios que buscam atingir:

- Complementar a formação universitária em aspectos da prática profissional não contemplados durante a graduação;
- Adequar a formação universitária à prestação de serviços de saúde voltados às necessidades da população;
- Formar profissionais com uma visão crítica e abrangente do sistema de saúde, que possam vir a atuar como agentes na implantação de um sistema de saúde universalizado, integrado, hierarquizado e regionalizado, com intuito de melhorar as condições de saúde da população;
- Formar profissionais especializados numa área de atuação.

Ao lado dos programas de Residência médica, buscando contribuir para a ordenação e o planejamento da formação de recursos humanos de nível superior, pressupondo uma elevação dos padrões de qualidade de atendimento à saúde, no PAP são oferecidas vagas em mais de trezentos programas diferentes, muitos multidisciplinares com duração de um ou dois anos, dependendo da instituição. A Bolsa oferecida teria valor referente à tabela de um profissional contratado pela rede estadual em início de carreira. Para serem contemplados, os programas devem estar em conformidade com os objetivos gerais do Programa, com

prioridade para aqueles que demonstram condições de desenvolvimento ou se destacaram pela relevância em relação à necessidade de saúde da população.

Vale ressaltar que o Programa de Aprimoramento Profissional não se caracteriza como um programa de fomento à pesquisa. É unicamente um programa de qualificação profissional em nível pós graduação *latu senso* que busca unicamente dar ao « bolsista » um aprendizado diretamente ligado à prática dentro dos serviços de saúde.

Outra característica do PAP é que desde o ano de 1987, uma avaliação anual é feita pelos bolsistas e pelos gestores com o intuito de responder a demandas do governo estadual para instrumentalizar a administração do PAP. Essa avaliação aborda aspectos relativos ao funcionamento através de avaliação dos agentes diretamente responsáveis por sua concepção e execução e pelos « clientes » do programa que são os próprios bolsistas.

PARTICULARIDADES DOS PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL PARA PSICÓLOGOS NO HC

Os programas de aprimoramento da FUNDAP direcionados para a Psicologia no âmbito hospitalar no HC, em quase totalidade têm duração de um ano, salvo um programa encontrado de dois anos. No complexo HC atualmente estão em funcionamento oito programas.

Muito semelhante a um estágio de formação em Psicologia como dito anteriormente, o PAP com um todo no início do treinamento, primeiramente acolhe os aprimorandos com uma recepção, num local para eventos no HC. Nessa recepção, os supervisores se apresentam falando um pouco de sua história, na qual a jornada no programa e o percurso dentro do HC. Depois são apresentados os programas em cada particularidade. Num momento posterior, são apresentadas as regras do programa, que vão desde a carga horária a ser cumprida pelo aprimorando, estabelecendo assim horários de entrada e saída, bem como o limite de ausências no trabalho, até como se portar numa instituição hospitalar como o HC.

Terminada as apresentações formais e instruções gerais, os futuros aprendizes de Psicologia em ambientes hospitalares vão para seus respectivos nichos de aprendizagem,

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLOGICA

Esse programa tem duração de dois anos e é realizado no Instituto de Psiquiatria do HC, ou IPq como é chamado.

A supervisão deste programa fica a cargo de uma Psicóloga, que em nível de titulação é Diretora Técnica Serviço de Saúde. A supervisão suplente fica a cargo de outra Psicóloga

No primeiro ano, este programa intenta a integração do bolsista na instituição e no programa, contando com uma interação entre conteúdos, atividades- formas utilizadas para desenvolver os conteúdos, local/serviço onde serão desenvolvidas as atividades, uma carga horária a ser cumprida e um responsável pela atividade.

As atividades são no formato de reuniões e visitas, aulas expositivas, discussão e apresentação do material didático, todos no CAP e Serviço de Psicologia do Ipq. A carga horária totaliza 10 horas.

Ainda no primeiro ano, temos também a Programação Teórica e didática específica, que ocupa cerca de 20% da carga horária anual total.

Também no primeiro ano, enquanto programação prática, ou seja, o treinamento em serviço com cerca de 80% da carga horária anual total.

No Segundo ano, este programa se estrutura da seguinte maneira:

Como atividades, Didática Aplicada II, Psicologia forense e Avaliação de Personalidade são aulas expositivas, seminários e leituras específicas.

Somente Didática Aplicada II tem o trabalho de conclusão de Curso (TCC).

Todos acontecem no Serviço de Psicologia do Ipq .

Já Temas em Psiquiatria, Psicologia e Neuropsicologia acontece no anfiteatro do Ipq como reuniões gerais, seminários e/ou palestras.

Essa parte soma 352 horas de atividades.

Como programação prática, o treinamento em serviço, no segundo ano temos atividades realizadas no ambulatório, enfermarias e hospitais –dia, tendo igualmente uma carga horária de 704 horas.

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLINICA HOSPITALAR EM CARDIOLOGIA

Este programa acontece no Serviço de Psicologia no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Tem como supervisora uma Psicóloga, cuja titulação é de Professor Livre-Docente, com experiência em serviço de vinte cinco anos, e no programa quinze anos.

O Supervisor suplente também é uma Psicóloga, cuja titulação registrada no programa é bacharel-licenciada, com experiência de um ano no serviço e um ano no programa com o período de um ano de duração.

Não foram especificadas atividades, apenas localizamos o CAP e o InCor como local de desenvolvimento das atividades, e um total de horas somando 130. Na parte da Programação teórica e didática específica, que ocupa cerca de 20% da carga horária total anual que soma-se 550 h, todas atividades são desenvolvidas exclusivamente no InCor, porém os conteúdos foram divididos em Unidades. Quando falamos da parte que é o treinamento em serviço, que ocupa cerca de 80% da carga horária anual total, ou seja 1212 horas, também não foram descritas as atividades. Todas unidades encontradas podem ser vistas descritas detalhadamente no anexo.

PROGRAMA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL E QUALIDADE

Este programa também acontece no Instituto do Coração do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O departamento/divisão é a Diretoria Executiva HCFMUSP, sendo que a unidade/serviço é Assistência Técnica Direx-Sistema Integrado de Qualidade –InCor.

Tem como supervisor titular uma Psicóloga, cuja titulação é doutoranda em Saúde Pública, na área de concentração Administração Hospitalar. Com experiência no serviço de dezenove anos, e no programa também dezenove.

O Supervisor suplente é Médico, o qual a titulação é Doutor e experiência no serviço é de vinte e quatro anos, e no programa vinte anos.

Num subtotal de 94 h o bolsista FUNDAP é integrado à instituição e ao programa.

Na Programação teórica e didática específica, ocupando cerca de 20% da carga horária anual total, todas atividades são aula, variando local e conteúdo.

PROGRAMA

PSICOLOGIA EM HOSPITAL GERAL

Este programa está na instituição HCFMUSP, no departamento/divisão – Divisão de Psicologia do Instituto central do Hospital das clínicas FMUSP. O supervisor titular é uma Psicóloga com titulação de Doutora em Psicologia Clínica. A experiência em serviço e de dezoito anos e no programa doze. A supervisão suplente fica a cargo de uma outra Psicóloga, a qual a titulação é de mestranda em Psicologia, não especificada onde nem em quê. A experiência que o documento de trabalho nos trás registrado na FUNDAP é de cinco anos em serviço e seis anos no programa. Divide-se em módulos o conteúdo programático do programa, sendo a programação teórica e didática responsável por 20% da carga horária total anual. Todos os módulos caracterizam as atividades como aula, e os locais de desenvolvimento são o CAP, o InCor, o IPq, O ICHC, e a DIP. Essas aulas são de caráter teórico e teórico prático com supervisão e discussão de casos. Utiliza-se uma carga horária de 356 horas. Quando se fala em

programação prática neste programa, ou seja, o treinamento em serviço que atinge 80% da carga horária anual, o total de horas é de 1420 nas diferentes clínicas do ICHC, sendo que as estratégias para desenvolver os conteúdos se concentram em estágios supervisionados participando de reuniões com a equipe médica e multi-profissional. Também se fazem avaliações psicológicas, encaminhamentos e orientações. Localizamos atendimentos terapêuticos em psicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade.

Os Aprimorandos também realizam visitas às enfermarias, prestam assessoria e consultorias e interconsultas. Fazem supervisão de casos e atuam em grupos operativos. Realizam atendimento à família e participam do entrosamento psicológico com a comunidade.

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLINICA HOSPITALAR EM REABILITAÇÃO

Este programa de aprimoramento também na instituição HCFMUSP está vinculado ao Departamento de Hospitais Auxiliares Divisão de Medicina de reabilitação, no Serviço de Psicologia. Esse Serviço geograficamente se localiza em outro bairro da cidade que o Complexo HC. Fica na vila Mariana, bairro da cidade de São Paulo. É um hospital de retaguarda, de apoio.

O PAP tem como supervisor titular uma Psicóloga com titulação de Mestra em Psicologia Social, possuindo vinte anos de experiência profissional e dezoito de PAP. Seu suplente é outra Psicóloga também mestra em Psicologia Social, com experiência de treze anos em serviço e doze de programa.

Na integração do bolsista na instituição e no programa, primeiramente no Cap por meio de palestras integra-se no complexo HC o aprimorando. No Anfiteatro e dependências da DMR por meio de palestras e visitas Integra-se o aprimorando agora à DMR. Ainda nas dependências do DMR e Anfiteatro, por meio de palestras e aulas, integra-se o aprimorando no Serviço de Psicologia da DMR e no Complexo HC e de novo no anfiteatro da DMR, via palestras e aulas, situam-se os aspectos médicos da reabilitação, perfazendo 62 horas de atividades. São

realizados no CAP com aulas seminários e textos. Já o restante do conteúdo é todo realizado no DMR como aulas expositivas, leituras orientadas e seminários, para tanto se utiliza uma carga horária de 374 h

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLÍNICA-HOSPITALAR EM AIDS

Este programa da FUNDAP no HCFMUSP está associado à Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias/Casa da Aids, na unidade/serviço de Psicologia.

A supervisão titular deste programa é responsabilidade de uma Psicóloga especialista pelo PAP, no Instituto Emilio Ribas e especialista em Psicanálise pelo Instituto SEDES SAPIENTiAE. A experiência em serviço é de cinco anos e no programa não consta registrado.

A supervisora suplente também é Psicóloga, com titulação de especialista em psicologia hospitalar em Hospital Geral pelo programa de Aprimoramento do HCFMUSP, e mestranda em Psicologia Clínica pela PUCCAMP, experiência em serviço quatro anos e no programa também não consta registrado sua experiência.

Igual à estrutura dos outros programas, a integração do bolsista inicialmente é realizada no CAP, tendo aulas expositivas e discussão de texto para se compreender os conteúdos de Didática Aplicada, Iniciação a Metodologia de Pesquisa, e Sistema de atenção à Saúde no Brasil.

Os demais conteúdos são todos trabalhados na Casa da Aids em forma de aulas expositivas e seminários teóricos, em alguns casos apresentação de vídeo e/ou dinâmica de grupo ou palestras. Ainda na integração do aprimorando e apresentação da instituição(aliás esse também é o nome do conteúdo registrado nos documentos de trabalho) com um total de 102 h. Para a atingir 20% da carga horária total anual, a programação teórica e didática específica conta com uma estrutura de funcionamento que envolve aulas expositivas, seminários teóricos e discussão de texto e/ou caso. Todas atividades se dão no serviço de Psicologia da

casa da Aids. Também encontramos um tópico chamado MONOGRAFIA, que em termos de atividades didático- práticas objetiva pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e orientação. No treinamento em serviço, para atingir uma carga horária anual com 80%. O programa como um todo soma 1800 h atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM INSTITUIÇÃO PEDIÁTRICA

Este programa funciona no Serviço de higiene mental do Instituto da Criança do HCFMUSP, estando vinculado ao Departamento de Pediatria Preventiva e Social

O supervisor titular do programa é um psicólogo com titulação de especialista. O documento não especifica em qual área de conhecimento. A experiência em serviço é de vinte e um anos e no programa oito. O supervisor suplente também é um psicólogo, a qual a titulação também é de especialista, e como a titular, não foi especificado em qual área de conhecimento. A experiência em serviço é de treze anos e no programa oito.

A programação deste PAP na recepção aos aprimorandos, para integra-los ao programa e a instituição, utiliza 32 horas com exposições teóricas, discussões, visitas à instituição, apresentação dos supervisores e dos programas; no Instituto da Criança e Serviço de higiene mental. A programação teórica e didática para ocupar 20% da carga horária anual total, em salas de aula e serviço de higiene mental no Icr, através de aulas expositivas, discussão de casos, discussão de textos, discussão sobre a prática na Instituição, elaboração de protocolos de pesquisa e propostas de atuação, discussão e avaliação das atividades de ensino. Este PAP para atingir 80% da carga horária anual, tem como programação prática em seu conteúdo um Modulo Assistência, no qual o local onde se desenvolvem as atividades são salas de aula, salas de atendimento e enfermarias do serviço de higiene mental do Icr. Essas atividades necessitam de uma carga horária de 1105 horas, que se soma a outra parte do programa totalizando 1553 horas atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM ORTOPEDIA

Este programa da FUNDAP acontece no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP, na divisão de Medicina física do IOT, no Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina Física do IOT. Sua supervisão titular fica a cargo de uma Psicóloga bacharela em psicologia, que possui experiência em serviço de cinco anos e, segundo o documento da FUNDAP, no programa não foi registrada experiência.

A supervisora suplente também é uma psicóloga bacharela em psicologia, que em experiência em anos registra-se cinco, mas no programa, não encontramos registro também .

O PAP no IOT, referente a integração do bolsista no programa e na instituição, quanto ao conteúdo conta com recepção/integração do aprimorando com palestras no CAP/CCR. Depois uma reunião geral dos aprimorandos com os profissionais da DIP, contando com aula de psicologia hospitalar do hospital geral no ICHC.

Já na programação teórica e didática específica, que também neste programa atinge 20% do total da carga horária anual de atividades, todas estas são consideradas aula, concentrando –se a maior parte delas no IOT e outra parte nos diferentes institutos como InCor, Ipq, ICHC. Para se articular o conteúdo, a programação prática de treinamento em serviço, atingindo 80 % da carga horária total anual, utiliza-se de estágios supervisionados com os aprimorandos, permitindo a participação em reuniões com equipe multi-profissional. Realiza avaliação psicológica, encaminhamento e orientação. Desenvolve atendimento psicológico breve e focal. Efetua visitas a enfermarias. Presta assessoria, consultorias e interconsultas às equipes multi-profissionais. Realiza atendimentos

e orientação à familiares, e os casos passam por supervisão, para atuarem em grupos operativos. Toda essa atividade é realizada em 1420 h atividades.

A FUNDAP, no âmbito de psicologia em ambiente hospitalar, com os programas relatados destaca-se pela importante contribuição e formação que dá aos psicólogos que atuam no HC. Em termos numéricos, os bolsistas do PAP se distribuíram de acordo com a tabela abaixo no último ano.

Programa de Aprimoramento Profissional PAP
Programas de Psicologia do HC FMUSP

Programa	Duração em anos	n. de bolsistas			Local
		PA 1	PA2	Total	
Psicologia hospitalar	1	30	0	30	Divisão Psic ICHC
Psicologia Hospitalar em Avaliação Psi.e Neurológica	2	4	4	8	Ipq Serviço d Psicologia
Psicologia Hospitalar em Cardiologia	1	8	0	8	InCor Serviço de Psicologia
Psicologia hospitalar em Ortopedia	1	1	0	1	IOT Serviço de Psicologia
Psicologia hospitalar em Aids	1	2	0	2	DMIP Casa da Aids
Psicologia Hospitalar em Instituição Pediátrica	1	2	0	2	Icr Depto de Ped Prev Social
Psicologia hospitalar em Reabilitação	1	3	0	3	DMR Serviço de Psicologia
Psicologia institucional em Qualidade	1	1	0	1	InCor Núcleo de Qualidade
Total		51	4	55	

FONTE : Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP 14.11.2001

4.2.2 OS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO NA FMUSP

Outra porta de entrada para os psicólogos terem o hospital como possibilidade de atuação profissional são os cursos de Pós-graduação nível Mestrado ou Doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP.

Os Cursos de Pós-graduação da FMUSP tem novas metas, e o programa em Ciências (Área de Fisiopatologia Experimental) é aberto para médicos e não médicos visando ao ensino e à pesquisa biológica aplicada.

Parece que a Faculdade de Medicina da USP, há algum tempo, se preocupa com o ensino continuado e a atualização dos profissionais que formou. Por isso a FMUSP tem um programa de residência Médica com mais de meio século de tradição, mantendo também a pós-graduação em Medicina, com 31 áreas *stricto sensu*. Com mais de oito mil alunos formados em medicina, também formou mais de mil profissionais em áreas como Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Antes da instalação desse programa na Fisiopatologia Experimental, os profissionais não médicos que desejassem ter uma formação “em Ciências”, desenvolvendo atividades em laboratórios de Investigação Médica do HC, intuindo fazer uma pós-graduação, não teriam essa oportunidade pela FMUSP. Deveriam então procurar uma outra Instituição, uma vez que os programas da FMUSP destinavam-se única e exclusivamente à formação médico-assistencial, ou seja, pós-graduação em Medicina. Isso pressupunha um requisito: a necessidade de ter vivenciado uma residência em medicina(especialização), e o diploma de médico. Condição *sine quo non* .

Para resolver esse impasse, foi proposto, então, num primeiro momento, a criação de um programa único para os profissionais não médicos, que corresponderia à área básica que a FMUSP considerava comum. Assim esse programa poderia se estender ao pessoal universitário habilitado em qualquer área de formação biológica. Entenda-se aqui que é a formação profissionalizante médica ou das áreas ligadas a saúde. Um argumento do programa é que além

dos Médicos, os outros profissionais têm sido treinados durante o ensino de graduação a respeito de procedimentos e interpretação apropriados de atividades laboratoriais.

Outro argumento do programa é que o treinamento em métodos científicos referentes à Biologia Médica é de grande importância na pesquisa científica básica e muitos dos profissionais que possuem esses conhecimentos trabalham em serviços relacionados à saúde, seja aconselhando condutas na esfera de suas especialidades ou dispensando cuidados, seja ensinando e aplicando as formas conhecidas de prevenção de doenças, envolvendo-se na captação de dados epidemiológicos, exercendo controles sobre alimentos e medicamentos ou participando da imunização e do combate à endemias.

Esses argumentos dialogam com uma lógica para criação de tal programa, ou seja, apesar de todos participarem do processo, estes profissionais não-médicos não se responsabilizam diretamente por determinado paciente. E por outro lado somente o médico diagnostica e trata determinado paciente sendo responsável por eventual evolução desfavorável.

Assim, justifica-se a criação de um programa com um perfil multidisciplinar e, com a criação, uma possibilidade de atrair para a carreira docente e de pesquisa, pessoal com especialização profissional essencial à consecução dos objetivos de uma moderna biologia médica, reportando-se como modelo a ser seguido grandes universidades do Estados Unidos e da Europa. Objetiva-se oferecer um curso de pós-graduação a médicos e não-médicos com aspiração ao ensino e à pesquisa biológica aplicada, onde possam ser excluídas toda e qualquer atividades de caráter clínico e assistencial.

Os discentes devem adquirir formação pós-graduada em Biologia Aplicada, com grande destaque para tudo o que se relaciona aos mecanismos de origem e manifestação de doenças. O desenvolvimento desse tipo de pesquisa, apesar de não ser recente, parece que se desenvolveu de tal maneira nas últimas duas décadas, que tornou-se vital a continuação de equipes multidisciplinares capacitadas na forma que o programa preconiza.

Para a organização de um programa destinado a formar docentes pesquisadores como exposto, o programa propõe que os estudantes inscritos pudessem beneficiar-se de conhecimentos relativos à integração de mais de um sistema ou aparelho, destacando seus mecanismos celulares e moleculares.

Em relação à estrutura e programação curricular, o programa para se constituir como Programa de Pós-Graduação em Ciências Área de Fisiopatologia Experimental, cria um elenco de disciplinas fundamentais comuns a todos os discentes, evitando que fossem instaladas disciplinas que promovessem a duplicidade do que já existe em outras instituições de ensino na cidade de São Paulo. Esse conjunto de disciplinas intenta configurar uma "precisamente definida" área de concentração. O resto do programa de cada pós-graduando é definido e/ou completado pelo orientador, que é quem escolhe as disciplinas e áreas complementares a serem trilhadas pelo estudante. Nessa escolha se prevê as conexões entre áreas a serem inter relacionadas institucionalmente, desde que o local seja reconhecidamente aprovado pela Comissão de Pós-Graduação da FMUSP. Também podem ser eleitas outras áreas dentro da Faculdade de Medicina.

Uma vez no programa e definida com clareza à área de concentração, o perfil do pós-graduando que se deseja como objetivo final do curso naturalmente deflui. O mestre ou doutor em Ciências, egressos do presente programa, deverão ter formação superior que lhes possibilite a docência e a pesquisa em temas que se correlacionam com a Biologia Médica.

Os discentes participantes deste programa deverão, segundo o programa, ter capacidades que lhes permitam adquirir formação de docentes-pesquisadores relativamente a tal assunto, com grande destaque para tudo o que se relacione com mecanismos e celulares. A distribuição de carga didática de disciplinas pelos diversos sistemas do aparelho, encoraja os discentes a cobrir durante seu período de formação pós-graduada, disciplinas pertencentes a mais de um sistema ou aparelho.

Podemos perceber, então, que os objetivos da Pós-graduação, ao menos no programa, se diferem do aprimoramento técnico-assistencial, dos cursos de

especialização ou da residência em medicina, na medida em que a preocupação do programa é utilizar as atividades da profissão como **MEIO** para tornar os alunos de pós-graduação mais autônomos, reflexivos, críticos e transformadores.

Como o aluno deve fazer parte da vanguarda e assumir parte das responsabilidades com projetos claros de ação, propondo mudanças e lutando por sua realização, o curso não se caracteriza de incorporar informações e condutas como prontas e acabadas. Segundo Prof Dr Gregório Santiago Montes, coordenador do Curso de pós-graduação em Ciências (Área de Fisiopatologia Experimental) a pós-graduação

“é mais do que somar um número de créditos e defender uma tese.”(1999)

Para o Professor, este algo mais deve incluir uma lista de fatores para que o espírito universitário tenha a coragem de mudar sempre com consistência, sem fazer mudanças levianas. Essa lista segue:

- Desenvolver capacidade de julgar o que deve ou não ser pesquisado
- Saber escolher a ferramenta adequada para pesquisa (método)
- Avaliar criticamente uma publicação científica e poder fazer um parecer sobre a mesma
- Elaborar um projeto de pesquisa incluindo a obtenção de fundos e prestação de contas
- Apresentar resultados em reuniões científicas e até organiza-las
- Redigir um relatório técnico com precisão
- Não ver uma discussão em termos de perder ou ganhar, pois um diálogo tem que ser uma pesquisa de verdade. “ And last but not least”¹⁰
- Desenvolver a didática, que faz com que todas as características citadas adquiram efeito multiplicador.

Pode ser incluída nessa lista a recomendação de fazer um estágio no exterior, mesmo que de curto prazo de duração, sendo que o embasamento de tal

¹⁰ Por último, porém não de menor importância. Tradução do Autor.

afirmação reza que a experiência que se adquire no exterior, mesmo num período curto de tempo, equivale a todas de um período longo no país de origem, no caso em particular o Brasil. Pois lá fora o pós-graduando precisa estar em contato com elementos diferentes, como a língua, e rotinas de laboratórios. Mais o fato de não poder contar com a ajuda de amigos, família, e outros.

Cabe lembrar que para o programa, o orientador é um elemento da elite intelectual do País. Portanto deve exercer atividade independente e continuada de investigação, ou seja, ter uma linha própria e ativa de pesquisa. Deve também ter familiaridade com assuntos pertinentes a realização dos projetos de teses sob sua orientação. Exige-se do orientador manter um ritmo médio de produção científica.

Um recorte. A fisiopatologia experimental na FMUSP está passando por momento de mudanças, bem como os outros programas de pós-graduação do País, devido ao fato do relatório da CAPES, órgão que avalia os cursos de pós-graduação.

Na avaliação do relatório, numa escala de 1 a 7 sendo equivalente as notas às proporções que os números representam, a programa no ano de 2001 obteve nota 5. A coordenação pretende elevar para 6. Acontece porém que outro programa na mesma faculdade obteve nota 2, e muito provavelmente foi descredenciado. Os alunos e orientadores do referido programa com conceito 2 estão de mudança para o programa de Fisiopatologia Experimental. Como isso está em processo, todas as análises decorrentes deste estudo em relação à práticas dos sujeitos estudados aqui, podem não vir a ser constatadas num futuro, devido a inferência de outras linhas de pesquisa. Mas retomaremos esses comentários no capítulo de análises.

Não foram fornecidos dados que pudessem localizar especificamente quais os projetos de estudos que os psicólogos estão desenvolvendo atualmente. Soubemos apenas que no último ano (2001) o total de estudantes de pós graduação, seja nível mestrado ou doutorado, totalizava um número de 20.

4.2.3 ESPECIALIZAÇÕES E ESTÁGIOS

As Especializações e os Estágios compõem também portas de entrada para o psicólogo no HC.

Neste subitem, não iremos considerar os cursos de especialização como cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Muitas escolas “vendem” especialização como pós-graduação. Nós estamos entendendo neste estudo cursos dessa natureza como condição requerem a graduação do aluno, e é nesse sentido que podemos chamá-los de “cursos de pós”, literalmente um curso que se faz depois da graduação. Temos claro que cursos com estatuto de pós-graduados são aqueles de nível Mestrado e/ou Doutorado.

Porém, mesmo tendo essa concepção, vamos falar sobre os cursos neste item porque para ser aluno de tais especializações, o modelo seguido para inscrição é muitas vezes o mesmo da pós. Alguns casos quando não nos serviços de Psicologia dos Institutos que oferecem os mesmos, utilizam a secretaria de Pós-graduação da Faculdade de Medicina para inscrições, ou o PROAHSA.

Todos cursos de Especialização e/ou Estágios são implementados pela Coordenadoria de Aprimoramento de Pessoal, ou a CAP como visto anteriormente. Esse órgão tem por finalidade a implementação de todos os programas de formação, treinamento, habilitação, aperfeiçoamento e especialização do profissional da saúde, objetivando a capacitação para atenção integral à saúde do paciente. Esclarecemos aqui que a CAP ao se referir aos profissionais de saúde, deixa claro que exclui os Médicos dessa implementação.

A CAP vincula-se ao Conselho Deliberativo do HCFMUSP para estabelecimento da política geral, normatização e aprovação de suas ações; à Diretoria Clínica para as diretrizes didático-científicas e ao Superintendente para fins administrativos.

Enquanto cursos de especialização em psicologia hospitalar, foram encontrados dois, oferecidos no ICHC.

Os cursos formam turmas no início de cada ano tendo como público alvo o profissional psicólogo. Ambos tem uma estrutura muito parecida nas atividades,

que se constituem em aulas teórico-práticas, observação e discussão de casos clínicos, atendimento supervisionado, seminários, monografias, estágio prático e workshops. A carga horária dos cursos tem duração de 500 h.

As diferenças entre esses cursos se dão na programação teórica prática e objetiva, tendo em comum apenas o preparo do aluno para pesquisa.

Como cursos oferecidos pelo ICHC, ainda no âmbito psicologia hospitalar, encontramos oito cursos de extensão. Todos com turmas que se formam no início de cada ano , e em média com carga horária de 120 h atividades. Todos esses cursos, sejam de especialização e/ou extensão são destinados a psicólogos e estudantes de Psicologia a partir do 3º ano de faculdade.

Foi localizado um curso no Serviço de Psicologia do InCor, intitulado "*Introdução à psicologia hospitalar em cardiologia*", dividido em dois módulos, destinados a psicólogos e estudantes de Psicologia a partir do 4º ano. As modalidades se estruturam no módulo I em Noções Básicas com prática e modulo II Pratica Supervisionada, tendo como pré-requisito o módulo I, sendo a carga horária do Módulo I 30 h e do Módulo II 30 h também, se descontarmos uma hora de intervalo para almoço. Caso não se desconte, teremos 35 horas. Essa afirmação se faz porque no documento apresentado, o curso se apresenta por período, como Modulo I do dia X ao Y , de 08:00 –13:00 hs, Modulo II do dia A a Z de 08:30 às 16:30. Sendo assim a carga horária total foi feita por estimativa pelos autores.

OS ESTÁGIOS

Existe ainda a possibilidade de encontrarmos os profissionais de Psicologia, mesmo e que mais remota a possibilidade, atuando em ambiente hospitalar via estágios. A Faculdade de Medicina permite ao profissional graduado em uma área da Saúde ser colaborador de alguma pesquisa em andamento em algum departamento.

Esse estágio tem o nome de “Estágio de Colaborador”.

Funciona da seguinte forma. O candidato envia um projeto à um departamento que tenha afinidade com o pretendido estudo e paga uma taxa de inscrição. Esse projeto será avaliado e, uma vez aprovado inicia-se sob supervisão de algum professor, mestrando ou doutorando que faça parte da pesquisa. Geralmente todo início do mês de fevereiro ou março as atividades começam. Num regime de trabalho de 20 h semanais, sem ônus para o departamento, o estágio tem duração de um ano, com intervalo de pelo menos um ano para que novo estágio, em qualquer modalidade seja concedido. Não existe bolsa da instituição para o aluno. Ao contrário, este paga uma mensalidade no valor de um salário mínimo mais o valor de 200 (duzentos) reais como taxa de matrícula.

Nos mesmos moldes, outro estágio foi encontrado, com o nome de “Estágio de Pesquisador”.

Esse difere do anterior no quesito financeiro. A mensalidade fica à critério da Área, o período de matrícula é 30 dias antes do início do estágio, que pode começar em qualquer época, tendo a taxa de matrícula de 150 (cento e cinquenta) reais. Não existe bolsa da instituição .

Apesar de ser essa estrutura é a apresentada pela instituição, foi constatada uma situação totalmente fora dos padrões designados pelos trâmites burocráticos. Um aluno que é graduado em uma área da saúde, desenvolve atividades num laboratório diz que seu percurso não seguiu a trajetória prevista em legislação interna. E comenta sobre alguns colegas em situação semelhante para ingresso, diferindo apenas no campo de atuação. Conta que para entrar,

dirigiu-se a uma reunião de um determinado departamento e apresentou seu currículo.

Depois de algumas semanas, foi informado pelo departamento que deveria comparecer à Faculdade para iniciar suas atividades auxiliares. Não preencheu nenhum documento na secretaria de pós-graduação. Apenas uma pasta com informações pessoais fica em posse do departamento. Não teve ônus para nenhuma das partes envolvidas e chama seu “estágio” de “estágio participativo”. Tem o objetivo de entrar em contato com a Faculdade, os professores e colegas. Acredita que com essa familiaridade a possibilidade de estar cursando a Pós-graduação nesta instituição é maior, uma vez que “já conhece todo mundo e a cultura da Faculdade.”

4.2.4 OS FUNCIONÁRIOS

Uma outra forma de ser psicólogo dentro do ambiente hospitalar do complexo HC e sendo funcionário contratado pela Instituição. Uma diversidade de atividades foi encontrada nessa modalidade descrita pelo pesquisador. Atividades essa que vão desde o atendimento clínico em ambulatórios até a desenvolver políticas administrativas para o bom funcionamento e gerenciamento da Instituição.

Segundo os documentos do departamento pessoal, ou seja cópias dos Diários Oficiais Estado, todos esses funcionários foram admitidos por concurso público do Complexo HC a partir do ano de 1977, que é o registro mais remoto encontrado nos arquivos do DRH (divisão de recursos humanos). Isso não significa que não existia psicólogo anteriormente na instituição. Os relatos que serão analisados num capítulo específico mostram que desde a fundação do HC, no ano de 1943 as atividades psicológicas estavam presentes. Mas retomando o processo de admissão por concurso público, constatamos o seguinte a partir de:

- 1977 o concurso abria vaga para psicólogos apenas, no HC
- 1984 abrindo cinco vagas , sendo que 2 para a Superintendência, 1 para o InCor , 1 para o IOT e 1 para HAV(hospital auxiliar vergueiro).

- No ano de 1986 dois concursos, sendo que um para 1 vaga no InCor , e o outro para 1 vaga no HAV
- Em 1987 houve um concurso abrindo 21 vagas, sendo que 20 vagas para o ICHC e 1 para o HAS(hospital auxiliar de Suzano) Observamos também que nesse concurso foram 18 os aprovados e 14 as vagas preenchidas
- 1988 mais um concurso para uma vaga no InCor
- também em 1988, mais 6 vagas abertas, sendo 3 para o lcr e 3 para o lpq
- em 1988 ainda, mais um concurso aberto oferecendo 5 vagas, das quais 3 para o lpq e 2 para HAV
- outro concurso de mesma data 1988, 2 vagas para o IOT
- completando a série do ano de 1988 mais quatro vagas para o IC.
- No ano de 1990 tivemos 3 concursos dos quais: um com vaga para o IC, o outro com vaga para lpq e o outro com vaga para o InCor
- Em 1991 tivemos 4 concursos, um com uma vaga para o HAV, o outro com uma vaga para o IC, concurso com 2 vagas para o IPq e por fim um concurso com 2 vagas para o InCor
- Em 1992 constatamos 4 concursos abertos, sendo que um abria uma vaga para o DRH do InCor. O outro 1 vaga para HAV. Outro 1 vaga InCor. Outro 2 vagas, sendo 1 InCor e outra Cotoxó.
- Em 1993 um concurso com 2 vagas para HAV
- 1994 tivemos 3 concursos, respectivamente com uma vaga para cada concurso, sendo oferecidas para InCor, lcr e IC.
- No ano de 1998 tivemos abertura de 7 vagas para psicólogos na Divisão de Psicologia da Diretoria Executiva do ICHC.
- Em 2000 constatamos 3 concursos. Um abrindo 1 vaga para HAS. Outro concurso com 4 vagas para lpq e por fim o terceiro com 6 vagas para InCor.

Interessante notar que todos esse concursos abertos foram regidos pela CLT, regime de trabalho específico. Também foram percebidos exames para transposição de cargo.

Os exames consistiam em provas escritas e exames orais, bem como a análise de currículo. Ficava a cargo da Divisão de Psicologia do HC a elaboração das provas no ano de 1977, para mais tarde a partir do modelo inicial, os Institutos irem se adequando em suas necessidades para seleção os exames a serem elaborados.

O modelo de programa para os exames de admissão de psicólogos encontrado, datado de 1984 possui 10 itens a serem analisados no candidato.

- 1- Políticas de Saúde no Brasil
- 2- Saúde e Doença. Psicologia do desenvolvimento normal. Psicopatologia.
- 3- A função do psicólogo junto ao paciente, à família e à equipe hospitalar, em contexto de hospital-escola. Ação clínica, educacional, social e do trabalho
- 4- O paciente e a instituição hospitalar. O paciente psiquiátrico. O paciente de clínicas gerais e Especializadas. O processo de humanização de atendimento.
- 5- Assistência Psicológica em instituições hospitalares. Psicohigiene e prevenção. Psicodiagnóstico. Alternativas terapêuticas. Consultoria Psicológica
- 6- Atendimento psicológico emergencial em hospitais, casos agudos e crônicos. Casos cirúrgicos
- 7- Os pacientes terminais e a problemática da morte. A morte para o psicólogo, para o paciente e sua família, e para a equipe hospitalar
- 8- Recrutamento seleção e treinamento. Bases teóricas e instrumental psicológico
- 9- Psicologia em reabilitação. Elegibilidades. Diagnósticos. Terapias e consultorias. Orientação para o trabalho e aconselhamento profissional, em contexto hospitalar. Colocação profissional e mercado de trabalho para o reabilitado ou egresso/ de hospital

10-O psicólogo hospitalar e sua atuação junto à comunidade

Parece desde o ano de 1950 até o momento, 2002, após todos os concursos e transposições, temos o seguinte quadro de psicólogos como funcionários do HC

PSICÓLOGOS FUNCIONÁRIOS DO COMPLEXO HC DA FMUSP

Divisão	Quantidade	Local
Divisão de clinica Médica I	1	ICHC
Divisão Cli Mol Inf Paras	1	ICHC
Divisão de Psicologia	35	ICHC
Diretoria executiva	1	INCOR
Divisão de Administração	1	INCOR
Serviço de Psicologia	11	INCOR
Div Atend Crianças Externas	3	ICR
Serviço de Reabilitação	4	ICR
Div Neurocirurgia funcional	2	IPQ
Divisão de apoio médico	14	IPQ
Div Hospital Auxiliar Suzano	3	SUZANO
Div Medicina de reabilitação	9	DMR
TOTAL	85	

Fonte: Base folha outubro 2001 DRH AT HCSP

Ainda como funcionários, encontramos no complexo HC os psicólogos que também são funcionários da Fundação Zerbini. Outra forma de contratação atuando no mesmo local. Configurando um campo fértil de atuações, o HC passa então a ter dois tipo de funcionários, os estaduais os funcionários particulares.

Esses funcionários, muitas vezes acabem se repetindo em termos numéricos e se diferenciando em seus contratos de trabalho porque pelo regime de contratação do HC, o funcionário tem jornada de 30 h semanais, e como complementação salarial, é contratado por 10 h pela fundação Zerbini. Segundo

relatos, o que se ganha nas 10 h fundação é compensatório em termos salariais se comparado ao Estado. Encontramos poucos funcionários exclusivamente contratados pela fundação Zerbini. Em termos numéricos, não foi possível mapear os psicólogos porque não foi fornecido dado para a pesquisa. Apesar de solicitado também a cronologia das contratações no DRh do InCor, não foram fornecidos dados, alegando-se não ter esse tipo de informação disponível em arquivos, por não ser da prática da instituição a memória numérica.

Complementando o quadro de possibilidades de atuação psicológica no ambiente HC, existe a Fundação Faculdade de Medicina, mas não encontramos nenhum psicólogo com essa vinculação.

4.2.5 OS VOLUNTÁRIOS

Essa classe de profissionais não são muito raros no HC. São também na verdade psicólogos que atuam no ambiente hospitalar do complexo. Sua vinculação é dada pela CAP.

Para ser voluntário, necessariamente deve-se ter no histórico profissional algum tipo de vinculação com o HC, seja essa vinculação dada pelos aprimoramentos FUNDAP, Estágios ou outros.

O psicólogo em questão faz uma inscrição e após realizada a burocracia, tem seu “crachá”, permitindo a circulação interna no Complexo hospitalar. Não tivemos acesso a números oficiais .

4.2.6 EXCEÇÕES

Nesse item, vamos falar rapidamente de uma classe encontrada. Na verdade foram dois casos constatados de psicólogos que já tiveram algum tipo de experiência ou vivência na Instituição. Esses profissionais relataram informalmente pelos “corredores”, de um determinado Instituto que sua vivência no complexo foi enriquecedora. Porém com o final da vinculação e não possibilidade de estar se renovando qualquer horizonte profissional no HC, seja ele de qualquer natureza,

usam termos psicológicos para falar de luto, perdas de identidade, ou referencial. Isso significa que não queriam sair do complexo e nem tão pouco existia a possibilidade de continuar “oficialmente” na instituição. Então a forma encontrada para estar fisicamente lá atuando foi utilizar o crachá vencido e atuar normalmente nas clínicas. Não houve relatos de dificuldades para a situação.

CAPITULO 5 ANÁLISE

A partir das visitas ao hospital das clínicas, das leituras, das entrevistas e dos documentos a que tivemos acesso, foi possível perceber que a psicologia enquanto área de atuação dentro de uma instituição hospitalar é um grande e amplo território de possibilidades de atuação profissional.

Essa atuação pode estar centrada no setor de Recursos Humanos, com atividades de seleção de pessoal, treinamentos específicos da área organizacional, e outros. Assim sendo, o hospital é entendido e compreendido como uma grande empresa, e as atividades do psicólogo estarão voltadas para a área administrativo-empresarial. Como foram analisados programas de atendimento psicológico ao usuário do HC, não foram analisados programas de treinamento em RH e os programas do PROAHSA, que apesar de apresentarem-se como psicologia hospitalar, entendemos com sendo voltados para a área administrativa.

Também pudemos perceber a partir das entrevistas com os profissionais de psicologia, que na instituição hospitalar grande parte das atividades está centrada na área assistencial. E que atualmente há uma grande ênfase nas questões relacionadas ao ensino e a formação dos profissionais para atuar em psicologia hospitalar. Deste modo, realizaremos uma leitura da psicologia hospitalar que está sendo construída a partir da análise e os conteúdos programáticos dos programas voltados a formação de psicólogos para atuar na área hospitalar. Isso porque nos parece que estes programas são documentos que concretizam os fundamentos teóricos e práticos da chamada psicologia hospitalar .

A partir de uma análise dos conteúdos programáticos dos programas de aprimoramento e dos estágios oferecidos nos diversos institutos e clínicas do hospital das clínicas foi possível identificar três grandes eixos para reflexão:

- A. O delineamento da psicologia hospitalar
- B. As bases epistemológicas dessa psicologia
- C. O dilema entre localizar o foco dessa psicologia na assistência e ou no ensino.

Antes de iniciarmos a análise desses três eixos, iremos explicar como a análise foi realizada. A partir de várias leituras decidimos organizar os dados em duas grandes categorias: os NÚCLEOS COMUNS E OS NÚCLEOS ESPECÍFICOS, isso porque os diferentes programas de psicologia hospitalar no HC, em seus institutos, mostraram-nos em vários momentos que parecem ter núcleos comuns de sentido em seus conteúdos. Mas ao mesmo tempo, também cada um em certa medida possui singularidades que lhes fazem se distinguir um programa do outro e assim justificar sua existência. Frente a isso, criamos uma categoria comum para o que se repetia em todos os programas; e chamamos de específico o que era singular em cada programa.

NÚCLEOS COMUNS

Nos programas analisados, pudemos encontrar similaridade em conteúdos como:

- Didática
- Entrevistas psicológicas
- Utilização de instrumentos DE PSICODIAGNÓSTICO (testes, entrevistas)
- Trabalhos de integração com equipe multi-profissional

- Psicoterapias breves
- Assistência psicológica ambulatorial
- A psicologia institucional
- Trabalhos com pesquisas
- Trabalho com grupos
- A psicanálise
- A psicossmoática

Quando analisamos os programas, percebemos que esses tópicos se repetiram em todos os programas de psicologia hospitalar do HC. Como cada instituto tem seu programa próprio, talvez a reincidência de alguns temas possa nos sugerir que existe um tronco central de psicologia como uma matriz, que parece ser o elo entre todos os institutos, no que diz respeito à psicologia hospitalar.

NÚCLEOS ESPECÍFICOS

Chamamos de específico nos programas aqueles conteúdos que são particulares de cada instituto aparecendo somente uma vez em cada programa analisado. A partir do tronco que falamos no núcleo comum, este parecem ramificações que se juntam ao centro do comum, distinguindo-se apenas em cores e formas.

Esses conteúdos podem ser ilustrados como exemplo a seguir:

- atendimento psicológico a casos específicos associados as doenças específicas de cada instituto, como por exemplo cardiopatas e cardiopatias
- sistemas de avaliação hospitalar
- ISO
- Manual brasileiro de acreditação hospitalar
- Aspectos psicossociais relacionados à reinserção social de determinados pacientes depois da alta hospitalar
- Reabilitação física
- Diagnósticos junto à populações específicas
- Sexualidade E construção da subjetividade
- Especificidades do atendimento clínico em programas de educação popular
- Planejamento familiar
- Noções psicológicas básicas sobre o paciente e sua enfermidade(patologia)

A partir das duas categorias de análise adotadas (comum e específica) foi possível perceber aspectos da construção da psicologia hospitalar e o sentido de sua prática ao longo do tempo.

5.1 O DELINEAMENTO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO HC: ATENDENDO A UMA DEMANDA.

Historicamente a psicologia entra no HC a convite da medicina no ano de 1952 no centro de ortopedia e traumatologia –COT, como nos conta um

informante:

“Lá no Juquiri, éramos amigas dos Psiquiatras, e as meninas como éramos chamadas eram conhecidas. Um belo dia, no ano de 1952, recebi um convite pra vir até o COT pra atender um paciente que tinha sido operado da coluna. Eram crianças. Aceitei e vim. Na verdade o meu amigo Psiquiatra não pode atender o caso por motivos muito particulares”.

Esse informante relata que o as crianças operadas jogavam-se da cama, e que poderiam ter complicações cirúrgicas se não ficassem quietas, além de quebrar o gesso. Na verdade a psicologia foi convidada para entrar no HC para atender a uma demanda da medicina ,que não dava conta de certos comportamentos esperados dos pacientes. Os atendimentos passaram então a ser prática no COT.

Devemos lembrar que esses psicologistas eram PEDAGOGOS, uma vez que a psicologia enquanto formação se deu anos depois, em 1962. Ainda a convite da medicina no ano de 1957, a psicologia entra em cena para atendimento do caso número 01 do então DOT(antigo COT). A partir desse ano, oficialmente cria-se no Instituto central do HC a DIVISAO DE PSICOLOGIA.

A face da psicologia então passou a ser desenhada pelas próprias pessoas que a desempenhavam como prática ao longo do tempo no HC, a partir da perspectiva do programas de ensino em cada instituto.

Embora o tempo tenha passado em 50 anos, percebemos no hoje que em muitos momentos a psicologia ainda é convidada a atender demandas que a medicina não resolve.

“ às vezes os residentes nos encaminham casos para atendimento. É muito interessante, porque lá no programa de atendimento aos pacientes terminais que notamos a limitação da medicina...” Informante PAP 2002

5.2 DA DEMANDA DO ATENDIMENTO AO PACIENTE A FORMACAO DE PROFISSIONAIS E O ENSINO

Desde o momento histórico da inserção da psicologia em 1952 até ano de 1987, parece que a psicologia focalizava o atendimento clínico à pacientes. Podemos citar aqui os programas de contratação para psicólogos no HC e o que era esperado de sua prática (vide anexo). A partir da oficialização do PAP a psicologia parece voltar-se também para o ensino. Desde então, percebemos um dilema sendo vivido pela psicologia que se assemelha ao da medicina em um hospital escola, o dilema da FORMAÇÃO X ATENDIMENTO.

Apesar de muito bem estruturados os serviços de psicologia no complexo HC, cabe-nos questionar qual o tipo de formação está sendo realizada. A partir de nossa análise podemos dizer que a formação está ancorada e norteada pela demanda dos pacientes junto aos serviços. É possível constatar isso através da leitura da carga horária, os profissionais em formação têm muito mais horas práticas do que teóricas. Todos os programas prevêm em comum o atendimento em serviço. É dedicado 80% do tempo para atendimento e 20% para estudos.

Pensando no número de profissionais trabalhando dentro do HC ,podemos dizer que atualmente há:

----- PROFISSIONAIS CONTRATADOS

---- APRIMORANDOS

Sem levar em conta o número de estagiários, podemos dizer que grande parte da demanda é atendida pelos profissionais em formação e que estes efetivamente trabalham no dia da rotina do hospital.

Parece ter ocorrido com a psicologia um movimento similar ao da medicina nos hospitais escola, que passou a ter nos residentes, médicos em formação o suporte para o atendimento da demanda de pacientes do hospital.

5.3 DA EPISTEMOLOGIA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR: a psicologia que se delinea

No que diz respeito à epistemologia da psicologia hospitalar, parece que encontramos outro dilema sendo vivido. Ora posiciona-se no campo das ciências biológicas e ora encontramos-na no campo das ciências humanas. Como acontece ainda hoje nos cursos de graduação de psicologia, cada instituição define a epistemologia que irá orientar os cursos como por exemplo- observamos nas faculdades de psicologia que na USP é considerada biológica, entretanto na UNIMEP humanas.

Quando a psicologia se encontra no campo das ciências humanas, a prática dos psicólogos na instituição volta-se para a re-habilitação do ser humano. A re-inserção deste sujeito em sociedade. Como é o caso dos grupos de família e AIDS.

Encontramos claramente a psicologia na área das ciências biológicas quando pensamos por exemplo nos alunos de pós-graduação na área de fisiopatologia experimental, na faculdade de medicina. Atualmente há 20 psicólogos cursando esse programa. Como exposto no texto, é uma área que se destina à pesquisa e formação em temas que se correlacionem com a biologia médica. Esta é uma área onde a pesquisa é fundamental para a prática da medicina. Para a psicologia não encontramos nos documentos e discursos argumentos que justificassem esse modelo de prática.

Do ponto de vista teórico, a psicologia hospitalar utiliza os referenciais da psicanálise, Da psicologia institucional e Da psicossomática. Sendo que cada instituto parece usar estes referenciais teóricos para fundamentar determinadas práticas.

Do ponto de vista das técnicas (a prática em si) foi possível perceber que estas estão fundamentadas nas técnicas das psicoterapias breves, psicoterapias de grupo e psicodiagnósticos.

A partir dos programas que analisamos não foi possível observar de que modo os institutos articulam as teorias com as técnicas utilizadas no dia a dia e em que medida esses são complementares ou não .

Mas é possível dizer que tanto as técnicas como as teorias ,com exceção da psicologia institucional, que orientam a psicologia hospitalar originam-se no modelo clínico de atendimento

Assim podemos afirmar que na área assistencial,um dos pré-requisitos para a atuação do psicólogo dentro do ambiente hospitalar é ser um psicólogo clínico. Porém as técnicas sofreram adaptações e implicações com a realidade que se apresentava no momento e podem vir a se confrontar com a teoria em que se originaram.

A partir das entrevistas, que são nosso material de apoio e também de nossas observações parece que a psicologia institucional tem contribuído para uma leitura das relações dentro do hospital e de certa forma possibilitou uma leitura um pouco diferente do modelo clínico. Ela incluiu como parte de suas atividades a questão das relações entre os diferentes profissionais que atuam no hospital e a necessidade de diálogo entre eles . No trabalho em equipe é quase que uma obrigatoriedade compartilhar e flexibilizar pontos de vista de outros profissionais com a leitura da Psicologia sobre o(s) caso (s) específico(s). Isso porque ao se trabalhar em equipe, uma ética regente no grupo passa a ser maior que ética normativa do consultório particular de psicologia. No consultório particular, o psicólogo necessariamente não precisa comunicar ao outro o que pensa acerca do caso específico. Ele pode perguntar a um profissional aquilo que interesse para complementar dados de seu caso. Já no hospital, a informação passa a ser necessária para que o outro, o grupo, saiba o que possa ser feito ou como possa ser encaminhado aquele caso. Podemos então dizer que os tipos de intervenções são diferentes. No consultório particular o psicólogo coleta informações para uma intervenção particular, enquanto que no hospital esse horizonte se amplia. As informações coletadas são para si e para o grupo, sempre visando o melhor atendimento do paciente.Nas fronteiras da competência profissional. Quando trabalham em equipe, os profissionais procuram delimitar ao outro Aquilo que compete a si e ao grupo. Muitas vezes tarefas comuns a todos, que não requerem um preparo mais específico estão presentes. Então o grupo disponibiliza e delega quem dentre os profissionais as fará. Por exemplo:num

grupo de espera, que é aquele grupo onde são ensinadas aos pacientes as rotinas, as internações, o que são sintomas e normas gerais da instituição. Nesse grupo qualquer profissional pode falar sobre informações gerais, mesmo que essas informações sejam da especificidade de outra área que a do falante. No dia em que houver grupo, o profissional que estiver disponível no momento assume o comando da situação, seja ele enfermeiro, médico, fisioterapeuta ou psicólogo. Na necessidade de uma informação mais elaborada, o profissional a quem é delegada a competência do saber é chamado para ilustrar. Assim no caso da psicologia, o psicólogo delega instruções no grupo para que o outro profissional saiba como agir no caso de um(a) paciente estar chorando muito, em frente a uma enfermeira, por exemplo.

Esta deverá saber diferenciar se o choro é por conta da família ter ido embora, se o médico foi rude, se é depressão, etc. A suposta enfermeira, então estará fazendo um diagnóstico da Psicologia e isso não significa que ela não saiba o que esta fazendo porque não é psicóloga. O contrário também é verdadeiro. Pode ocorrer num grupo da Psicologia que surja uma dúvida em relação a utilização de um possível tubo de recuperação anestésica. O psicólogo pode falar sobre o tamanho estar certo ou errado, pela experiência dele no ambiente hospitalar, apesar de não ser tarefa. O que faz corretamente então é encaminhar este caso.

Esses problemas apresentados fazem com que o profissional de psicologia reveja suas teorias quando está no hospital atuando. Isso porque na maioria das teorias psicológicas existe a premissa de que se não há demanda então não haverá a queixa. Para o consultório particular até é válido e verificável, porém no hospital não se aplica essa concepção.

No hospital pode não haver demanda dirigida ao psicólogo, mas a queixa sempre existe ou existirá. A literatura nos aponta que em média 30% do pacientes que foram amputados podem ter uma depressão. Então, onde atuaria o psicólogo? Este atuaria em preparar a família, que trouxe para o ambiente hospitalar uma pessoa e recebe de volta uma outra pessoa. Também atuaria com

o próprio paciente, uma vez que toda sua vida deverá estar sendo reestruturada frente à sua nova realidade, sua vida em sociedade e até frente a sua morte física ou social (mesmo que imaginária). Pois bem. Se for sabido que a depressão é inerente ao processo da intervenção cirúrgica, o psicólogo deve atuar antes da demanda, e necessariamente pode não haver a queixa. Mesmo porque a queixa estará por vir num futuro. A demanda então passa a ser a prevenção.

O embate da psicologia pode nascer aí, pois se não se fala, o psicólogo não sabe o que ouvir. No hospital o ouvir é adequar as médias de casos e procurar ajustar técnicas para que a futura queixa seja compreendida.

Então podemos dizer que as tônicas da psicologia hospitalar estão centradas em trabalhar com a equipe e, uma constante revisão da teoria aprendida nos cursos de graduação de psicologia.

5.4 AS QUESTÕES ÉTICAS

Também foram percebidas questões de ordem mais práticas nas quais o(a) psicólogo(a) estava diretamente envolvido(a). Como dito anteriormente, em relação à Ética. Enquanto que no consultório particular o psicólogo segue mais uma forma normativa a um regimento ético próprio dessa forma de atuação, no hospital as relações são mais dinâmicas e muitas vezes mais rápidas. Isso pressupõe uma agilidade e necessidade de se confrontar com o tempo cronológico. Mais que isso, no hospital o psicólogo tem que responder prontamente à questões impostas pelo ambiente. A exemplo, um paciente que esteja em tratamento de endocardite por agentes externos.

Esse tipo de tratamento é feito a base de antibióticos potentes num período de internação de 40 dias em média. Os agentes externos podem ser desde um resfriado, uma gripe mal curada até o uso de drogas injetáveis. O sujeito fala para o psicólogo que usa drogas injetáveis. E essa seringa pode ser a causa da endocardite contaminando o sujeito. Então a ética deve ser outra, a de comunicação ao grupo.

Também foram percebidas questões de ordem jurídica, nas quais o psicólogo estava diretamente envolvido.

É o caso de um senhor de 74 anos de idade. Fora internado no hospital para tratamento, mas com internação particular. Este corria o risco de perder a própria casa para pagar o seu tratamento. O filho procurou a equipe e argumentava que se o pai tinha uma confusão temporo-espacial, então deveria ter um documento que atestasse. Assim poderia fazer uma procuração para poder vender a casa. A equipe responde que essa confusão é passageira e não incapacita a pessoa. Então o filho diz que melhor ainda, pois se o pai esta em pleno uso das funções intelectuais, pode assinar uma procuração para vender a casa.

Nessa situação, o documento atestando a confusão temporária ou a incapacitação não importando o teor, implicaria uma procuração para vender esta casa. Reuniões com a equipe foram feitas para se definir o que era ou não confusão, contando com a ajuda e presença nas discussões de um consultor jurídico.

Mas para a Psicologia o que interessa era a implicação social com o caso. Na mesma casa morava a esposa desse senhor. E uma vez a casa vendida, esta senhora certamente poderia não ter para onde ir. Caberia então nos questionarmos sobre a responsabilidade social da instituição e os desdobramentos nos diálogos com os profissionais de saúde e suas atitudes.

5.5 A PSICOLOGIA HOSPITALAR E AS CLÍNICAS MEDICAS

Há uma tendência à “mimetização” da psicologia com a medicina, uma vez que faz com que os serviços e os programas se organizem seguindo a lógica das clínicas médicas, o que parece especificar a psicologia em cada instituto. Esse parece ser um dos aspectos complexos da formação em psicologia hospitalar em todos os institutos. Em todos os programas observamos uma ênfase nos conteúdos acerca dos aspectos fisiopatológicos da doença e do tratamento. Se

por um lado é importante que os psicólogos estejam familiarizados com a linguagem médica e que tenham uma noção do que está acontecendo com o paciente, por outro a idéia de classificar as pessoas de acordo com sua doença física parece representar que o foco não está na pessoa como um todo, mas sim na patologia. Assim falar em transplantado renal, coronáriopata ou outro parece nos uma forma de reduzir as pessoas aos seus diagnósticos.

5.6 FUNCIONÁRIOS, VOLUNTÁRIOS E EXCEÇÕES.

Para a categoria funcionários, as práticas foram delineadas como no caso dos PAP, ou seja, cada demanda é que deu formato ao tipo de atendimento nos institutos.

Os voluntários e as exceções, a partir de uma prática não remunerada, seja no modelo humano ou biológico na mesma instituição, nos apontam uma possibilidade de interpretação. Por ser um centro de referência em saúde, o HC tem uma demanda de atendimento que é muito superior à mão de obra que se tem de fato. Parece, então, que esta é uma das conseqüências da ênfase dada na formação profissional e não na assistência. Ou seja, há demandas de psicólogos para atendimentos, porém não há a possibilidade de oficializar a atuação destes. Pode ser que esta categoria se justifique na instituição por algumas das razões:

- experiência e vivência no HC para formação de identidade profissional não permitiu mudança de ambiente profissional e quebra de vínculos
- Dificuldade da mesma atuação fora da instituição
- Não perda de vínculos com a instituição
- Manutenção de vínculos com o HC para dar continuidade a ganhos que o “logotipo” HC traz.
- Custo praticamente zero para o HC referente ao profissional.
- Outras razões que não foram percebidas nos discursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento, quero enquanto aluno e pesquisador deixar registrado um pouco do que foi este trabalho. Diferente do capítulo “apresentação”, para não dar a impressão de que estou repetindo o que lá está escrito, falo agora sobre a jornada para a realização deste trabalho que foi muito interessante e, as vezes dolorosa, está intimamente articulada com tudo o que foi discutido e com as possíveis conclusões (!)

Primeiro quando tudo ainda era só um projeto, a discussão circulava em torno de porque fazer uma dissertação sobre psicologia hospitalar no HC e na Saúde Pública.

Respondemos a questão de que será que essa era realmente uma questão de saúde pública, com argumento que milhares de pacientes são atendidos no HC por psicólogos e que esses dentro da equipe multiprofissional é o que tem “mais tempo” para conversar com o paciente e realizar ações não só curativas, mas também preventivas e de reinserção psicossocial. Então pensando a saúde pública de um ponto de vista mais amplo onde a saúde é vista como bem estar bio-psico-social a psicologia hospitalar tem muito a contribuir e precisa ser melhor estudada.

Depois vieram as leituras e o fascínio pela história da psicologia e por poder observar através de documentos e relatos como um campo de estudo foi sendo construído ao longo do tempo. E apesar das dificuldades, parece-nos que a contextualização histórica que a memória possibilita é imprescindível para o entendimento do presente e das possibilidades de futuro. Compartilhar essas leituras e reflexões com meu orientador foram momentos únicos em minha história e certamente estarão na minha memória para sempre.

O desafio do trabalho de campo ao mesmo tempo em que era excitante era também assustador, já que o HC é uma instituição complexa e com muitas normas

e regras. Pareceres e consentimentos foram necessários antes que eu pudesse começar, mas a cada entrevista ou visita a um setor descobria novas formas de se fazer psicologia hospitalar. Foi possível conhecer de perto vários dos atores que constroem a psicologia hospitalar no dia a dia e de certo modo observar esse processo de construção. Poder ler e analisar os documentos que fundamentaram e construíram a psicologia hospitalar possibilitou nos um novo olhar sobre as práticas e discussões acerca do tema.

A escrita da dissertação nem sempre foi fácil, mas foi gratificante no sentido que possibilitou uma discussão acerca dos rumos que a psicologia hospitalar está tomando num centro de formação, e que apesar de haverem serviços bem estruturados de psicologia dentro do complexo HC, ainda há muitos dilemas que precisam ser enfrentados para que a psicologia hospitalar seja uma disciplina epistemologicamente coerente.

Frente ao que expusemos neste trabalho, consideramos relevante constatar que a psicologia hospitalar no HC está hoje, enfrentando o mesmo dilema da medicina dentro dos hospitais –escola. Diante da procura da população pelos serviços de um hospital ser muito grande, a formação técnica passa a ser dirigida em grande parte pela demanda, ou seja, instaura-se uma situação onde o aprender na prática com supervisões é a forma que parece ter sido encontrada para resolver o embate entre formação e aprendizagem. No HC, dedicam-se 80% da carga horária para a prática e 20% para a teoria. Mesmo porque temos pouca mão de obra para atender um grande número de usuários do hospital.

Certamente a psicologia entrou no HC à convite da medicina, para dar conta de casos onde os médicos não podiam mais estar atuando. Encontramos os serviços de psicologia muito bem estruturados dentro do HC, mas ainda temos resquícios desta idéia, onde o médico ao não dar conta de um caso de comportamento, encaminha para o psicólogo resolver a situação.

Também convém expor que epistemologicamente a psicologia oscila como um pêndulo entre as ciências biológicas e humanas. Ora tende para um lado, ora para o outro. Essa oscilação se faz notar dentro do HC a partir do local onde o

psicólogo atua, tendo na intensidade da oscilação o cunho do instituto e o seu diretor do serviço de psicologia.

Em todos os locais visitados, a psicologia hospitalar teoricamente se ancora em referenciais psicanalíticos, psicossomáticos e institucionais. Já a questão da técnica é muito parecida entre si, nas psicoterapias breves, psicodiagnósticos e psicoterapias de grupo.

Uma forte tendência para a mimetização da psicologia com a medicina se fez notar, pois os programas analisados e cotejados com as entrevistas nos mostrou que a lógica da clínicas médicas é que parece especificar a psicologia em cada instituto.

Com certeza muitas questões podem ser levantadas a partir desse trabalho e essa é uma idéia que nos agrada, pois esse é um tema instigante e em momento nenhum tivemos a pretensão de esgotar as questões. Pelo contrário, parece-nos muito importante gerar questões, dúvidas, polêmicas uma vez que esse é um modo de manter a conversação fluindo.

REFERÊNCIAS

- ANDREIS, M, Morte e Prática Médica: ensaios reflexivos sobre os discursos de cardiologistas**, dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995
- ANGERAMI, A C, Psicologia Hospitalar- a atuação do Psicólogo no contexto Hospitalar**, São Paulo, 1984, Traço Editora.
- ARAÚJO, UI, Tessitura textual: coesão e coerência como fatores de textualidade**, São Paulo, Humanitas, 2000
- BENVENUE, E, Problemas de lingüística geral**, São Paulo, Nacional Edusp, 1976
- BURKE,P, A história dos acontecimentos e o renascimento da narrativa IN: A Escrita da História**, São Paulo, Nova Perspectiva, Editora Unesp, 1992, págs 326-348
- CIAMPA,AC, A estória do Severino e a estória da Severina: um ensaio de Psicologia Social**, São Paulo, brasiliense, 1987
- CIRIGATTO, V L, Uma Visão Histórica da Psicologia no Brasil: A Psicologia clinica em Londrina**, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987
- CHIATTONE, H B C; SEBASTIANI, R W _Introdução à Psicologia Hospitalar, Série: cadernos de Psicologia Hospitalar**, São Paulo, Nêmeton

CHIATTONE, H B C, **A Significação da Psicologia Hospitalar**, in: ANGERAMI, AC, **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**, São Paulo, 2000, Pioneira

DOMINGUES, CMAS, **Identidade e sexualidade no discurso adolescente**, Dissertação de mestrado apresentada a FSP-USP, São Paulo, 1987

DUCROT, O, **Esquisses d'une théorie polyphonique de l'énonciation**, Ledit et Ledit, Paris, Ed Minuit, 1984

ECO, H, **Como se faz Uma Tese**, São Paulo, editora Perspectiva, 1991

FUNDAP, **1979-1994: 15 anos do programa de aprimoramento profissional: seminário comemorativo**, São Paulo, 1995, documentos de trabalho;68

GONÇALVES FERREIRA, FA, **Moderna Saúde Pública**, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1990, 6ª edição págs 3-93

HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, **Regulamento: Decreto n. 9.720/77**, São Paulo, Unipress Editorial, 1987?

JACÓ-VILELLA, A M , JABUR, F, CONDE RODRIGUES, HB, (org) , **ClioPsyché: Histórias da Psicologia no Brasil**, Rio de Janeiro, 1999, Nape- UERJ

KHOURY, Y M; VIERA, MPA, PEIXOTO, MRC, **A Pesquisa Em História**, Editora Ática, São Paulo, 1989

KOCH, I, **Argumentação e linguagem**, 2ª edição, São Paulo, Cortez, 1987, p'gs 19-23

LAMOSA, B.W.R, O Psicólogo Clínico em hospitais: contribuição para o desenvolvimento das profissão no Brasil, Tese de Doutorado, PUC, São Paulo, 1987

LOWENTHAL,D, Como Conhecemos o passado, in: Projeto História: revista do programa de Estudos Pós Graduados em Historia do Departamento de História da PUC-SP, São Paulo, EDUC, N.17 Nov/98, tradução Lucia Haddad

MANSUR, LHB, Experiência de mulheres sem filhos: a mulher singular no Plural, Dissertação de Mestrado apresentada ao IP-USP, São Paulo, 2000

MASSIMI, M, História da Psicologia Brasileira: da época colonial até 1934, São Paulo, 1990, EPU

MERJHY,JCSB, Manual de História Oral, São Paulo, 1996, Loyola

MINAYO, MC de S, O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 3 ed, hucitec-abrasco, Rio de Janeiro, 1994

MORETTO,M L T, A problemática da inserção do Psicólogo na instituição Hospitalar, IN: Revista de Psicologia Hospitalar, Ano 9, vol 18 N. 2 Julho/dezembro, 1999

NEDER, M, O psicólogo no Hospital, in: revista de Psicologia Hospitalar do HC 1 (1) 6-15, 1992

ORLANDI,E B, A análise de discurso: algumas observações, Revista Delta, Vol II n. 1, 1986, págs 105-126

PINTO, JP, **Os Muitos Tempos da História**, in: Projeto História: revista do programa de Estudos Pós Graduated em História do Departamento de História da PUC-SP, São Paulo, EDUC, N.17 Nov/98

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL, **Do medo do mercado ao mercado sem medo: uma abordagem qualitativa da avaliação dos PAP, feita por aprimorandos e supervisores em 1999**, documentos de trabalho 80, São Paulo, Edições Fundap, Outubro de 2000

RIBEIRO, M.L.S, **História da educação Brasileira- a organização escolar**, São Paulo, Editora Moraes, 1984

SANTOS; AR, **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**, Rio de Janeiro, DP&A, 1999, pg 26

SHIRABAYASHI,M; IZUMINO,E, PICCIAFUOCO, PRF, **O Programa de Aprimoramento Profissional: Uma Experiência Estadual na Formação de Recursos Humanos para O SUS**, in: Aprimoramento em Saúde Coletiva: reflexões, Temas de Saúde Coletiva, Instituto Saúde, São Paulo, 2000

SPINK, MJ, (org), **Práticas Discursivas e Produção de sentidos no Cotidiano: Apresentações Teórico metodológica**, São Paulo, Cortez, 1999

SPINK,MJ, **Necessidades de saúde da população: a prática profissional na interface entre as condições de saúde e as demandas da população**. In: FUNDAP, *1979-1994: 15 anos do programa de aprimoramento profissional: seminário comemorativo*, São Paulo, 1995, documentos de trabalho;68

SPINK,P, **Análise de Documentos de Domínio Público**, in: SPINK, MJ, (org), **Práticas Discursivas e Produção de sentidos no Cotidiano: Apresentações Teórico metodológica**, São Paulo, Cortez, 1999

SYMOM,R, A Identificação do Psicólogo Hospitalar Junto à Equipe, Familiares e Pacientes, in: Revista de Psicologia Hospitalar do HC 4 (2): 11-15,1994

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Saúde Pública, Guia de apresentação de teses, São Paulo, 1998

INTERNET, <http://members.nbci.com/XMCM/encontropsi/programa.htm>, 2000

25 ANOS DE HISTÓRIA: Serviço de Psicologia do Instituto do Coração, Editor Luiz A E. Cerqueira, São Paulo, 1999, museu da pessoa

ANEXOS

anexo 01

programas de aprimoramento profissional FUNDAP

PROGRAMAS APRIMORAMENTO
FUNDAP (PAP) NO COMPLEXO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FMUSP

Programa

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E NEUROPSICOLOGICA

Esse programa tem duração de dois anos e é realizado no Instituto de Psiquiatria do HC, ou IPq como é chamado.

Quanto ao conteúdo, foi constatada a estrutura:

- Integração CAP
- Histórico do Ipq e do Aprimoramento na Instituição
- Inserção no Serviço de Psicologia e conhecimento do Programa e da Rotina

As atividades são no formato de reuniões e visitas, aulas expositivas, discussão e apresentação do material didático, todos no CAP e Serviço de Psicologia do Ipq. A carga horária totaliza 10 horas.

Ainda no primeiro ano, temos também a Programação Teórica e didática específica, que ocupa cerca de 20% da carga horária anual total.

Nos moldes da interação expostos, o conteúdo fica com a seguinte estrutura:

Na forma de curso:

- Didática e Prática do Magistério
- Sistema de Atenção à Saúde
- Metodologia de Pesquisa
- Metodologia de Pesquisa II
- Neuroanatomia, Neurofisiologia e Neuropatologia
- Psicologia Clínica

Em formato de seminários:

- Didática aplicada

E no formato de curso mesclado com reuniões gerais/seminários e palestras aulas/seminário:

- Psicopatologia
- Temas em Psiquiatria Psicologia e neuropsicologia
- Avaliação Psicológica e Neuropsicológica: Fundamentos e técnicas I

Os locais onde se realizam essas atividades são o CAP, o Serviço de Psicologia do Ipq e o anfiteatro do Ipq, totalizando uma carga horária de 352 horas.

Também no primeiro ano, enquanto programação prática, ou seja, o treinamento em serviço com cerca de 80% da carga horária anual total, estrutura-se em conteúdo(A):

- atendimento em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica e Supervisão técnica

Sendo que nesse item as atividades são levantamento da história clínica através do prontuário e entrevistas;

Avaliação de técnicas específicas;

Avaliação dos dados;

Elaboração do relatório e discussão de caso e Supervisão.

No Conteúdo(B):

- O paciente e a Equipe Multi-profissional, as atividades são reuniões clínicas e conferências clínicas.

Ambos têm como local de desenvolvimento de atividades o ambulatório e enfermarias.

O conteúdo "A" soma 1178 horas, já o "B" 230 horas, e somando-se A e B totalizamos 1408 horas.

A essa carga horária somando-se o total do Programa no primeiro ano teremos um total de 1760 horas.

No Segundo ano, este programa se estrutura da seguinte maneira

Conteúdo:

- Didática aplicada II
- Temas em Psiquiatria, Psicologia e Neuropsicologia
- Psicologia Forense
- Estudo Ligado à prática clínica e à Avaliação psicológica e neuropsicológica
- Avaliação de personalidade: da contribuição para Diagnóstico Diferencial às bases para tratamentos.

Como atividades, Didática Aplicada II, Psicologia forense e Avaliação de Personalidade são aulas expositivas, seminários e leituras específicas.

Somente Didática Aplicada II tem o trabalho de conclusão de Curso (TCC).

Todos acontecem no Serviço de Psicologia do Ipq .

Já Temas em Psiquiatria, Psicologia e Neuropsicologia acontece no anfiteatro do Ipq como reuniões gerais, seminários e/ou palestras.

Essa parte soma 352 horas de atividades.

Como programação prática, o treinamento em serviço, no segundo ano temos

Conteúdo:

- O atendimento em avaliação Psicológica e Neuropsicológica e supervisão técnica, no qual as atividades são levantamento da história clínica através do prontuário e entrevistas;
Aplicação de técnicas específicas;

Avaliação dos dados;

Elaboração do relatório, discussão de caso e supervisão

- O paciente e a equipe multi-profissional, neste item as atividades são reuniões de equipe, reuniões clínicas e atendimentos específicos no local da inserção do aprimorando.

Os dois conteúdos são realizados no ambulatório, enfermarias e hospitais – dia, tendo igualmente uma carga horária de 704 horas, totalizando a soma dos dois uma carga horária de 1408 horas. Se acrescentarmos a parte didática teremos um total de 1760 horas.

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLÍNICA HOSPITALAR EM CARDIOLOGIA

Este programa acontece no Serviço de Psicologia no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Com o período de um ano de duração, estrutura-se:

O conteúdo na parte da integração bolsista na instituição e no programa segue-se:

- Núcleo comum : Modulo I (HC)
- Integração CAP
- Metodologia de Pesquisa
- Didática
- Sistema de atenção à saúde
- Modulo II (InCor)
- Integração
- Reconhecimento dos pares

- Entrosamento com a equipe multi-profissional
- Aspectos anatomo-fisio-patológicos do coração
- Noções de infecção hospitalar

Nesta parte, não foram especificadas atividades, apenas localizamos o CAP e o InCor como local de desenvolvimento das atividades, e um total de horas somando 130.

Na parte da Programação teórica e didática específica, que ocupa cerca de 20% da carga horária total anual que soma-se 550 h, todas atividades são desenvolvidas exclusivamente no InCor, porém os conteúdos foram divididos em Unidades , com sub itens, com se segue:

Unidade I

Introdução ao Serviço

- Aspectos Históricos
- Finalidades
- Objetivos
- Orientação espacial no prédio

Carga Horária 19 h

Unidade II

Atendimento Psicológico ao paciente cardíaco

- O primeiro contato com o paciente e avaliação psicológica inicial
- Quem é o Cardiopata?
 - a. seus medos
 - b. suas fantasias
 - c. suas ansiedades
- A Integração com a equipe multi-profissional

Carga Horária 40 h

Unidade III

Psicodiagnóstico

- Entrevista psicológica
- Instrumento de avaliação psicológica
- Como utilizar as informações obtidas
- Como elaborar o relatório

Carga horária 86 h

Unidade IV

Psicoterapia Breve

- conceituação
- aspectos históricos
- o foco

carga horária 40 h

Unidade V

Psicossomática

- Introdução e conceituação
- A relação médico/paciente

Carga horária 30 h

Unidade VI

Psicoterapia de grupo

- critérios para escolha do trabalho em grupo
- objetivos
- metodologia utilizada

carga horária 50 h

Unidade VII

Atendimento psicológico à criança cardíaca

- entrevista com a criança
- aspectos psicológicos da criança
- abordagem e atendimento à criança cardíaca
- abordagem aos pais

carga horária 30 h

Unidade VIII

Abordagem corporal ao paciente cardíaco

- uma visão integrativa : histórico
- ego psíquico e ego corporal
- percepção corporal paciente cardíaco
- técnicas de relaxamento

carga horária 45 h

UNidade IX

O trabalho psicológico em unidades especiais

- Quem é o paciente em UTI
- O ambiente físico da UTI
- A equipe que assiste o paciente da UTI
- O trabalho com a família

Carga horária 40 h

Unidade X

Psicologia Institucional.

Carga horária 40 h

Quando falamos da parte que é o treinamento em serviço, que ocupa cerca de 80% da carga horária anual total, ou seja 1212 horas, também não foram

descritas as atividades. Encontramos todo conteúdo sendo desenvolvido no InCor, e dividido em três unidades como se segue:

Unidade I

Atendimento grupal e individual a pacientes internados nas enfermarias de:

1. valvopatias
2. coronariopatias
3. cardio geral e hipertensão
4. arritmia
5. transplante adulto e infantil
6. unidades infantis – congênitos e adolescentes
7. ambulatórios
8. unidades especiais
9. UCO
10. Pronto socorro

Unidade II

Atendimento grupal e individual a pacientes de AB

Unidade III

Monografia

O total de horas deste programa é de 1762 h

PROGRAMA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL E QUALIDADE

Este programa também acontece no Instituto do Coração do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O departamento/divisão é a Diretoria Executiva HCFMUSP, sendo que a unidade/serviço é Assistência Técnica Direx-Sistema Integrado de Qualidade –InCor.

Este no que tange a integração do bolsista na instituição e no programa, estruturalmente interagindo conteúdos, atividades, local, carga horária e responsável apresentou-se da seguinte maneira:

Conteúdo:

- integração para aprimorandos no complexo HC
as atividades são palestras/aulas no CCr anfiteatro com 04 h
- Integração InCor- HFCMUSP
Neste as atividades são dinâmicas de grupo/filme institucional em salas de aula do InCor com duração de 06 h
- integração Diretor Executivo e profissionais da área
aqui acontece uma reunião de uma hora de duração no próprio local de trabalho
- Quem é o InCor? Histórico, estrutura e perspectiva futura
Reuniões em sala de aula do InCor com duração de 10 h
- dinâmica de Integração: o conhecimento integrado e compartilhado: eu, você e nós
com dinâmicas de grupo em salas de aula do inCor, os aprimorandos gastam 10h
- Características e Estrutura do Programa
Em sala de aula, reuniões somam 10h de atividades

- Hemodinâmica

Aqui os aprimorandos têm uma visita pelo InCor, com duração programada de cinco horas atividades.

- Centro cirúrgico
- Central de material esterelizado
- Recuperação Cardíaca I e II
- Unidade de ambulatório
- Unidade de Emergência
- UTI 7º e 8º andar
- Ambulatório
- Laboratório
- Nutrição
- Farmácia

Todos este dez itens têm visitas pelo incor, com uma carga horária de 23 h

E por fim

- Rh treinamento

Com uma visita, observação e interação no InCor, com carga horária de 25 h

Num subtotal de 94 h o bolsista FUNDAP é integrado à instituição e ao programa.

Na Programação teórica e didática específica, ocupando cerca de 20% da carga horária anual total, todas atividades são aula, variando local e conteúdo. Como segue:

Conteúdo

- Didática aplicada

Realizada no CAP com 24 h duração

- Iniciação a metodologia e pesquisa

Realizada no CAP com 20 h de duração

- sistema de atenção à saúde

Com 12 h de duração é também realizada no CAP

Todos conteúdos a seguir são apresentados como tendo local de realização o InCor, sendo que logo em seguida do nome, apresentaremos a carga horária total do mesmo

Conteúdo

- Psicologia Institucional e suas implicações 50 h
- Sistema Único de Saúde SUS e organizações Sociais 80 h
- Técnicas e manejo de grupos 50 h
- Ferramentas de Qualidade 40 h
- Sistema de avaliação hospitalar 50 h
- ISO 50 h
- Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar 30 h

E por fim com duração de 10 h, Prêmio Nacional de Qualidade, tendo como local de realização a Fundação Nacional de Qualidade

Este programa, também possui uma parte prática de treinamento em serviço, ocupando 80% da carga horária total. Esta parte do programa possui uma diversidade de locais onde se desenvolvem as atividades e uma variação de cargas horárias de acordo com os seus respectivos conteúdos como abaixo

Conteúdo

- Integração do Funcionário Novo

Atividade tipo reunião, no treinamento com 100 h

- Desenvolvimento de mecanismos facilitadores de informações relativas a Qualidade- InCor

Atividade de Mural, cartaz, cartilhas, folders e placas, sendo realizados na Direx com 160 h

- Centro Cirúrgico
- Anestesia

Atividades no Grupo de Melhoria-apoio técnico e manejo grupal no centro cirúrgico com 110 h e com mesmo nome, Anestesia e mesma atividade, utiliza também o ambulatório com 50 h para atividades.

- Recuperação Cardíaca, No Grupo de Melhoria- apoio técnico e manejo grupal, na recuperação cardíaca as atividades se desenvolvem em 50 h
- Educar para a Qualidade, em áreas técnico-operacional, com 80 h de atividades de reunião para discussões com temas de interesse, grupos técnicos/operacionais.
- Acompanhamento da implantação da ISO do Sistema de Certificação ISO.

Com aulas/sensibilização, acompanhamento de auditorias, atuação junto a problemas nas áreas e aspectos institucionais grupais e individuais, utiliza-se 300 h de atividades em áreas a serem designadas ou indicadas por supervisores.

- Acompanhamento da implantação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Com aulas, dinâmicas de grupo, acompanhamentos de auditorias e atuação junto a problemas nas áreas- aspectos de comportamento, o local para desenvolver atividades é o próprio InCor, utilizando-se 200 h atividade.

- Trabalho de Pesquisas

No InCor como campo de atuação, busca-se referenciais teóricos através de pesquisa bibliográfica, formulação de hipóteses da pesquisa e estratégias para

delineamento do estudo, bem como a definição do tipo de estudo(direção lógica/intervenção, controle e unidade de estudo), dedicando 200 h para tal. No total o programa possui 1760 h de atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA EM HOSPITAL GERAL

Este programa está na instituição HCFMUSP, no departamento/divisão – Divisão de Psicologia do Instituto central do Hospital das clinicas FMUSP.

Estruturalmente este programa se organiza da seguinte forma:

Na integração bolsista e no programa.

Conteúdo:

- Integração do bolsista na instituição e no programa
Reunião e recepção com palestras no CCR/CAP com 04 h atividades.
- Reunião geral dos aprimorandos com os profissionais da DIP
Sob forma de reunião no ICHC um supervisor utiliza 04 h atividades
- Apresentação do trabalho específico de cada clínica e escolha do local de desenvolvimento da programação prática. Quatro horas são utilizadas no CAP/e DIP ICHC.

Depois dividem-se em módulos o conteúdo programático do programa, sendo a programação teórica e didática responsável por 20% da carga horária total anual. Todos os módulos caracterizam as atividades como aula, e os locais de desenvolvimento são o CAP, o InCor, o IPq, O ICHC, e a DIP. Essas aulas são de caráter teórico e teórico prático com supervisão e discussão de casos. Utiliza-se uma carga horária de 356 horas.

Organiza-se da seguinte maneira:

Módulo I

Núcleo Comum

- Didática aplicada
- Metodologia de Pesquisa
- Sistema de atenção a saúde
- O papel do Psicólogo em Hospitais e a equipe multi-profissional
- Interconsulta: relação médico-paciente
- Revisão de conceitos sobre desenvolvimento e psicopatologia

Módulo II

NÚCLEO ESPECÍFICO TEÓRICO E DIDÁTICO ESPECÍFICO

- administração de serviços de Psicologia em Hospital
- planejamento e organização do Serviço de Psicologia em Hospital geral
- serviço de triagem, psicodiagnóstico e assistência psicológica
- núcleo central de assistência psicológica ambulatorial
- núcleo central de assistência psicológica às enfermarias e grupos especiais
- Dinâmica funcional do hospital geral
- Psicossomática e Psicanálise no hospital geral

1. as doenças e o adoecer
2. a morte na instituição hospitalar
3. o paciente, sua família e psicossomática
4. a psicossomática face ao psicodiagnóstico

Metodologia Hospitalar. Pesquisa em Hospital Geral

- A Atuação do Psicólogo e as técnicas psicodiagnósticas em Hospital Geral
- A Atuação do Psicólogo e as técnicas Psicoterápicas em Hospital Geral
- A Investigação em Psicologia Hospitalar

Aspectos clínicos e/ou cirúrgicos relacionados ao atendimento nas enfermarias, ambulatórios e unidades de urgência.

- Noções básicas em clínica Médica I e Noções Básicas em Clínica Médica II
- Noções Básicas em Clínica Cirúrgica (I, II, III e cirurgia Experimental-Fígado)
- Noções básicas de especialidades I (Clínicas buco-maxilo, moléstias infecciosas, neurologia, dermatologia, unidade de nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, endoscopia, plástica e queimados).
- Noções Básicas em Pronto Socorro e UTI.

Quando se fala em programação prática neste programa, ou seja, o treinamento em serviço que atinge 80% da carga horária anual, o total de horas é de 1420 nas diferentes clínicas do ICHC, sendo que as estratégias para desenvolver os conteúdos se concentram em estágios supervisionados participando de reuniões com a equipe médica e multi-profissional. Também se fazem avaliações psicológicas, encaminhamentos e orientações. Localizamos atendimentos terapêuticos em psicoterapia, psicopedagogia e psicomotricidade. Orientações à família, trabalho em equipe multi-profissional, clínicas médicas I e II, Clínicas cirúrgicas I, II e III, Cirurgia experimental-fígado

Especialidades I e II e Pronto Socorro.

O Total de horas desse programa é de 1776 h atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLINICA HOSPITALAR EM REABILITAÇÃO

Este programa de aprimoramento também na instituição HCFMUSP está vinculado ao Departamento de Hospitais Auxiliares Divisão de Medicina de reabilitação, no Serviço de Psicologia. Esse Serviço geograficamente se localiza em outro bairro da cidade que o Complexo HC. Fica na vila Mariana, bairro da cidade de São Paulo. É um hospital de retaguarda, de apoio.

Organiza-se o PAP dessa forma na Reabilitação:

Na integração do bolsista na instituição e no programa, primeiramente no Cap por meio de palestras integra-se no complexo HC o aprimorando. No Anfiteatro e dependências da DMR por meio de palestras e visitas Integra-se o aprimorando agora à DMR. Ainda nas dependências do DMR e Anfiteatro, por meio de palestras e aulas, integra-se o aprimorando no Serviço de Psicologia da DMR e no Complexo HC e de novo no anfiteatro da DMR, via palestras e aulas, situam-se os aspectos médicos da reabilitação, perfazendo 62 horas de atividades.

No que tange à programação didática e teórica para perfazer os 20% da carga horária anual, os conteúdos de :

- Didática e Prática de magistério
- Iniciação a metodologia da Pesquisa
- Sistema de atenção a saúde

São realizados no CAP com aulas seminários e textos. Já o restante do conteúdo é todo realizado no DMR como aulas expositivas, leituras orientadas e seminários, para tanto se utiliza uma carga horária de 374 h

Esse conteúdo é registrado nos documentos de trabalho da seguinte forma:

- O papel do Psicólogo em hospitais e equipe multi-profissional
- Interconsulta: relação médico paciente
- Revisão de conceitos sobre Desenvolvimento e Psicopatologia
- Teoria e técnica de psicologia hospitalar em reabilitação
- Técnicas de psicodiagnóstico em reabilitação
- Filosofia da Psicologia na reabilitação
- Aspectos clínicos e psicológicos nas diferentes deficiências físicas

- Psicoterapia breve
- Orientação familiar
- Didática aplicada à Psicologia
- Hospitalar em reabilitação
- Monografia – neste item em particular, as atividades são supervisionadas a partir de leituras orientadas, ocupando uma carga horária de 150 hs

PROGRAMA

PSICOLOGIA CLÍNICA-HOSPITALAR EM AIDS

Este programa da FUNDAP no HCFMUSP está associado à Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias/Casa da Aids, na unidade/serviço de Psicologia.

Igual à estrutura dos outros programas, a integração do bolsista inicialmente é realizada no CAP, tendo aulas expositivas e discussão de texto para se compreender os conteúdos de Didática Aplicada, Iniciação a Metodologia de Pesquisa, e Sistema de atenção à Saúde no Brasil.

Os demais conteúdos são todos trabalhados na Casa da Aids em forma de aulas expositivas e seminários teóricos, em alguns casos apresentação de vídeo e/ou dinâmica de grupo ou palestras. Ainda na integração do aprimorando e apresentação da instituição (aliás esse também é o nome do conteúdo registrado nos documentos de trabalho) com um total de 102 h, temos:

- histórico da casa da aids
- apresentação do espaço físico, organograma, fluxograma, setores específicos e equipe multi-profissional
- inserção da casa da aids no SUS enquanto serviço de referência em Aids

- histórico e estrutura da Saúde/doença: uma reflexão sobre o conceito saúde
- Ética em Aids
- Construção histórico-social da pandemia
- Epidemiologia e aspectos atuais da prevenção e tratamento da Aids

Para a atingir 20% da carga horária total anual, a programação teórica e didática específica conta com uma estrutura de funcionamento que envolve aulas expositivas, seminários teóricos e discussão de texto e/ou caso. Todas atividades se dão no serviço de Psicologia da casa da Aids. Sendo modular os segmentos do conteúdo, da seguinte forma:

Módulo I

- Psicologia Institucional:
 - saúde mental e as instituições
 - inserção do Psicólogo nas instituições
 - a atuação do Psicólogo em equipe multi-profissional nas instituições de saúde
 - sobre a prática da saúde -diagnóstico e intervenções preventivas em saúde mental
 - dinâmica das instituições
 - os grupo nas instituições

Módulo II

- Aspectos Psicológicos da Prevenção em Aids
 - comunicação e linguagem : avaliando as campanhas e materiais de prevenção
 - o processo de diagnóstico do HIV/Aids
 - Aconselhamento pré e pós teste;
 - Discussão dos conceitos vulnerabilidade e risco

- Diagnóstico e intervenção junto às populações específicas – adolescentes, crianças, mulheres grávidas, casais discordantes, idosos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis

Módulo III

- Teorias e Técnicas no Contexto Clínico Hospitalar
- triagem das demandas/encaminhamentos psicológicas
- o processo de psicodiagnóstico : entrevistas, técnicas projetivas e testes psicológicos
- a psicanálise no contexto clínico hospitalar
- a abordagem cognitiva-comportamental
- modalidades de intervenção do psicólogo
- psicoterapia breve
- psicoterapia de casal e família
- grupos operativos
- grupos terapêuticos
- orientação e aconselhamentos interconsulta médico-psicológica
- psicossomática

Módulo IV

Morte no âmbito individual, social e institucional:

- A história da morte através dos tempos; representações e significados
- O imaginário e as representações acerca da Aids
- Morte psíquica/simbólica sobre a impossibilidade do desejo
- Perda, separação e luto
- Os profissionais da saúde e a questão da morte

Módulo V

Sexualidade e Aids

- a sexualidade na construção da subjetividade

- o conceito de identidade e as diversas manifestações da sexualidade humana: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade
- Sexualidade e morte

Módulo VI

O Psicólogo e as Intervenções possíveis Frente ao Soropositivo

- o paciente soropositivo e as situações de crise
- o impacto do diagnóstico
- a comunicação do diagnóstico à parceiros/parceiras e /ou familiares
- alterações do estado clínico
- situações afetivas ou sociais
- aderência ao tratamento

Módulo VII

Transtornos Psiquiátricos em Aids

- drogadicção e aids
- depressão
- risco de suicídio/ tentativas de suicídio
- psicose: estruturais, reativas e exógenas
- complexo demencial

Módulo VIII

A Psicologia, a Equipe e a Interdisciplinaridade

- multidisciplinaridade ou interdisciplinaridade – discutindo conceitos
- as interfaces da Psicologia- campo de atuação e construção do conhecimento em equipe
- aspectos psicológicos da relação médico paciente
- interconsulta médico – psicológica

Módulo IX

Psicologia e Pesquisa nas Instituições de Saúde

- pesquisa quantitativa e qualitativa em saúde
- temáticas prioritárias de pesquisa em Psicologia e Aids
- a psicologia e os protocolos de pesquisa em nossa instituição

Módulo X

Planejamento familiar e Aids

- feminilidade e Aids
- gravidez e Aids

Também encontramos um tópico chamado MONOGRAFIA, que em termos de atividades didático- práticas objetiva pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e orientação.

No treinamento em serviço, para atingir uma carga horária anual com 80%, a programação prática tem três momentos

1º no anfiteatro da casa da Aids, palestras e demonstração de material preventivo em grupo focalizam aconselhamento pré e pós teste.

2º no serviço de psicologia da Casa da Aids, atendimentos individuais são realizados, sejam eles psicoterapia breve, psicoterapia individual ou orientação com casais e famílias. Em atendimento grupal, encontramos co-coordenação de grupos operativos Participação como observador em grupos terapêuticos e

3º observação e atendimento em hospital-dia – reuniões técnico científicas, visitas programadas e observação na enfermaria da DMIP e Participação das aprimorandas (!) nas semanas de enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Saúde do Trabalhados- Casa da Aids. Todas essas atividades são realizadas em 1432 h. O programa como um todo soma 1800 h atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM INSTITUIÇÃO PEDIÁTRICA

Este programa funciona no Serviço de higiene mental do Instituto da Criança do HCFMUSP, estando vinculado ao Departamento de Pediatria Preventiva e Social

A programação deste PAP na recepção aos aprimorandos, para integra-los ao programa e a instituição, utiliza 32 horas com exposições teóricas, discussões, visitas à instituição, apresentação dos supervisores e dos programas; no Instituto da Criança e Serviço de higiene mental. A programação teórica e didática para ocupar 20% da carga horária anual total, em salas de aula e serviço de higiene mental no Icr, através de aulas expositivas, discussão de casos, discussão de textos, discussão sobre a prática na Instituição, elaboração de protocolos de pesquisa e propostas de atuação, discussão e avaliação das atividades de ensino. Articula enquanto conteúdo do PAP três momentos

1º Módulo Ensino.

Este módulo prevê :

- participação em atividades didáticas curriculares para residentes de 1º ano em pediatria
- grupo de discussão de casos com residentes de 2º ano em pediatria
- projeto adolescência: grupo didático para embasamento teórico da atuação na unidade de adolescentes
- projeto ambulatório geral – grupo didático para embasamento teórico da atuação na unidade ambulatório geral
- projeto seminários – temário específico à atuação do Psicólogo em instituição pediátrica, dividido em 2 módulos: a) A construção do Discurso médico e seus efeitos na prática pediátrica; b) A clínica Psicanalítica em instituição pediátrica
- Grupo de estudos e pesquisas- construção de corpo teórico-prático sobre questões e situações relevantes da clinica infantil, com visitas à elaboração de abordagens e estratégias de atuação mais efetivas

2º Módulo Pesquisa

- trabalho de conclusão de curso com elaboração de uma monografia

3º Reuniões Técnicas

- reuniões do grupo e elaboração de ensino para R1 em pediatria – discussão e elaboração de programas e estratégias de transmissão do conhecimento analítico ao Pediatra, como contribuição à prática médica
- reuniões técnicas do serviço de higiene mental – discussão e elaboração de diretrizes, práticas e técnicas específicas à área de atuação, a partir da articulação da demanda institucional com a do serviço.

Para tanto, a carga horária desta etapa é de 416 h

Este PAP para atingir 80% da carga horária anual, tem como programação prática em seu conteúdo um Módulo Assistência, no qual o local onde se desenvolvem as atividades são salas de aula, salas de atendimento e enfermarias do serviço de higiene mental do Icr. Essas atividades se compõem de :

- entrevistas com pais e crianças
- atendimento psicoterápico
- atendimento, interconsulta e discussão de caso
- observação e atividades ludoterápicas
- relato de atendimento ao supervisor responsável e discussão de caso

Atividades essas que devem suprir ao conteúdo do módulo, que se constitui em:

- atividades na unidade de triagem- entrevistas preliminares para definição de encaminhamentos dos casos recebidos
- atendimento individual, grupal, à pacientes/familiares em avaliação psicológica e/ou terapia
- projeto adolescência – atuação no atendimento e reuniões de preparo de casos da unidade de adolescentes
- projeto ambulatório geral- atuação no atendimento e reuniões de preparo de casos do ambulatório geral

- projeto enfermagem: elaboração de projeto de trabalho à partir da observação de crianças hospitalizadas, visando estabelecer modalidades de intervenção psicológica em enfermarias
- Supervisões clínicas

Essas atividades necessitam de uma carga horária de 1105 horas, que se soma a outra parte do programa totalizando 1553 horas atividades.

PROGRAMA

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM ORTOPEDIA

Este programa da FUNDAP acontece no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP, na divisão de Medicina física do IOT, no Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina Física do IOT.

O PAP no IOT, referente a integração do bolsista no programa e na instituição, quanto ao conteúdo conta com recepção/integração do aprimorando com palestras no CAP/CCR. Depois uma reunião geral dos aprimorandos com os profissionais da DIP, contando com aula de Psicologia hospitalar do hospital geral no ICHC.

Na seqüência, apresentação do trabalho específico de cada clínica e escolha do local de desenvolvimento da programação prática, sendo que essa reunião se dá no IOT

Já na programação teórica e didática específica, que também neste programa atinge 20% do total da carga horária anual de atividades, todas estas são consideradas aula, concentrando –se a maior parte delas no IOT e outra parte nos diferentes institutos como InCor, Ipq, ICHC.

Também se estrutura em módulos o conteúdo tendo o formato:

Módulo I NÚCLEO COMUM

- Didática aplicada
- Metodologia de pesquisa

- Sistema de atenção a saúde
- O papel do Psicólogo em hospitais e a equipe multi-profissional
- Interconsulta- relação medico paciente
- Revisão de conceitos sobre desenvolvimento e psicopatologia

Módulo II NÚCLEO ESPECIFICO TEORICO E DIDATICO ESPECIFICO

A) ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA EM HOSPITAL

- Planejamento e organização do serviço de psicologia em ortopedia
- Psicodiagnóstico, orientação familiar e assistência psicológica
- Núcleo central de assistência
- Assistência psicológica ambulatorial
- Assistência psicológica às enfermarias e grupos especiais
- Assistência psicológica em pronto socorro e UTI
- A dinâmica funcional do hospital- interconsulta/educação em serviço

B) PSICOSSOMÁTICA E PSICANALISE NO HOSPITAL GERAL

- as doenças e o adoecer
- a morte na instituição hospitalar
- o paciente, sua família e a psicossomática
- a psicossomática frente ao psicodiagnóstico

C) METODOLOGIA HOSPITALAR – PESQUISA EM HOSPITAL, NA ORTOPEDIA

- a atuação do psicólogo e as técnicas psicoterápicas e psicodiagnósticas em ortopedia
- aplicação de testes projetivos com finalidade diagnóstica- HTP, Wartegg, e outros
- a investigação em psicologia hospitalar

D) ASPECTOS PSICOLÓGICOS E CLÍNICOS DAS AFECÇÕES OSTEO-ORTOPÉDICAS E SUAS IMPLICAÇÕES

- noções básicas psicológicas do paciente portador de uma afecção paralítica
- noções básicas psicológicas do paciente que apresenta distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
- noções básicas psicológicas do paciente amputado
- noções básicas psicológicas do paciente com tumor ósseo
- noções básicas psicológicas do paciente geriátrico
- noções básicas psicológicas do paciente lesado medular
- noções básicas do paciente internado em pronto socorro
- a questão da reabilitação em pacientes ortopédicos

Para se articular todo esse conteúdo, a programação prática de treinamento em serviço, atingindo 80 % da carga horária total anual, utiliza-se de estágios supervisionados com os aprimorandos, permitindo a participação em reuniões com equipe multi-profissional. Realiza avaliação psicológica, encaminhamento e orientação. Desenvolve atendimento psicológico breve e focal. Efetua visitas a enfermarias. Presta assessoria, consultorias e interconsultas às equipes multi-profissionais. Realiza atendimentos e orientação à familiares, e os casos passam por supervisão, para atuarem em grupos operativos.

Neste item prático, o Módulo III –ESTAGIO SUPERVISIONADO NAS ENFERMARIAS, AMBULATORIOS E UNIDADES DE URGENCIA, estrutura-se da seguinte maneira:

- atendimento psicológico individual ou em grupo à pacientes internados ou de ambulatório
- orientação familiar. Trabalho em equipe multi-profissional
- clínica das afecções paralíticas
- clínica de geriatria
- clínica de LER/DORT (Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho)
- clínica de lesão medular

- clínica de prótese
- clínica de tumor ósseo

Toda essa atividade é realizada em 1420 h atividades.

anexo 02

ítems a serem analisados no exame de admissão de psicólogos

**MODELO DE PROGRAMA PARA OS EXAMES DE ADMISSÃO DE
PSICÓLOGOS DATADO DE 1984; POSSUI 10 ITENS A SEREM ANALISADOS
JUNTO AO CANDIDATO.**

- 1- Políticas de Saúde no Brasil
- 2- Saúde e Doença. Psicologia do desenvolvimento normal. Psicopatologia.
- 3- A função do Psicólogo junto ao paciente, à família e à equipe hospitalar, em contexto de hospital-escola. Ação clínica, educacional, social e do trabalho
- 4- O paciente e a instituição hospitalar. O paciente psiquiátrico. O paciente de clínicas gerais e Especializadas. O processo de humanização de atendimento.
- 5- Assistência Psicológica em instituições hospitalares. Psicohigiene e prevenção. Psicodiagnóstico. Alternativas terapêuticas. Consultoria Psicológica
- 6- Atendimento psicológico emergencial em hospitais, casos agudos e crônicos. Casos cirúrgicos
- 7- Os pacientes terminais e a problemática da morte. A morte para o Psicólogo, para o paciente e sua família, e para a equipe hospitalar
- 8- Recrutamento seleção e treinamento. Bases teóricas e instrumental psicológico
- 9- Psicologia em reabilitação. Elegibilidades. Diagnósticos. Terapias e consultorias. Orientação para o trabalho e aconselhamento profissional, em contexto hospitalar. Colocação profissional e mercado de trabalho para o reabilitado ou egresso/ de hospital
- 10- O psicólogo hospitalar e sua atuação junto à comunidade

anexo 03

termo de consentimento da pesquisa

roteiro temático

termo de aprovação CAPPEsq – HC

TERMO DE CONSENTIMENTO

Título da pesquisa: *A Psicologia no HC: uma reflexão a partir da história, memória e a prática.*

Prezado (a) Sr(a)

Este estudo que está sendo realizado pelo pesquisador Paulo André da Silva, aluno de pós-graduação, nível mestrado, na área de concentração de saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, tendo como orientador o Prof Dr João Yunes objetiva historiar a inserção da Psicologia no HC e refletir sobre a prática a partir de relatos dos profissionais de psicologia que atuam e/ou atuaram em ambientes hospitalares. Também tem por finalidade a contribuição da pesquisa para com o campo de conhecimento investigado e a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Desta forma, solicita de V Sa, permissão para entrevistá-lo(a) e gravar essas entrevistas, para depois serem transcritas.

O pesquisador compromete-se a manter o sigilo das informações e o anonimato de nomes e locais que sejam citados, de acordo com o desejo do informante. Também garante que o entrevistado pode a qualquer tempo no decorrer do trabalho modificar, solicitar informações, retirar dados, ter acesso ao material que foi transcrito de suas falas, suspender e/ou desistir da pesquisa sem qualquer tipo de comprometimento pessoal/profissional.

O pesquisador compromete-se a retornar o trabalho realizado individualmente com o entrevistado quando solicitado sobre sua participação ou retornar coletivamente com a dissertação concluída, para isso uma cópia deste documento ficará em posse do entrevistado e constará os dados de localização do pesquisador para contatos.

Caso o entrevistado não concorde em assinar este documento, porém aceite participar da pesquisa, somente o assinarão o entrevistador e seu orientador.

Acredita que sua contribuição para com este trabalho é de fundamental importância e desde já agradece a sua atenção.

De acordo (entrevistado):

Pesquisador

orientador

Paulo André da Silva. CPF 164.361.128/85
Al Santos 721 apto 92 Jd Paulistano São Paulo SP
Fone (11) 32860016
Email: pauloas@usp.br

João Yunes
Av Dr Arnaldo 715
Dep de Saúde Materno-infantil
fone (11) 30667702
Email: yunesJo@usp.br

ROTEIRO TEMÁTICO

- 1) Por favor, comente sobre a escolha desta profissão e o trajeto até o ambiente hospitalar.
- 2) Como é ser psicólogo no hospital?
- 3) Comente sobre as alegrias que a profissão lhe trás com a atividade diária
- 4) As dificuldades encontradas nas demandas são resolvidas de que forma?
- 5) O que pensa sobre processo saúde/doença?
- 6) Fale sobre o que pensa acerca da Psicologia Hospitalar
- 7) Para você, qual é o papel do Psicólogo no hospital?
- 8) E quais são os objetivos desse papel?
- 9) Existem limites? Discorra.
- 10) E das relações com os outros profissionais da saúde, como é sua interpretação?
- 11) No que a graduação contribuiu para esta sua atividade profissional?
- 12) Poderia contar como foi a sua trajetória profissional dentro do ambiente hospitalar desde o início até hoje?
- 13) Para você, o psicólogo hospitalar deve atuar em todas as situações em que haja uma entrada do paciente no hospital? Por quê?
- 14) É sabido que existem vários cursos de especialização em psicologia hospitalar, o que pensa sobre os mesmos?
- 15) Quando falamos em psicologia da saúde, o que você entende?
- 16) Acredita que possam existir lacunas teóricas na especialidade psicologia Hospitalar? Em caso afirmativo, como poderiam ser preenchidas as mesmas?
- 17) Na afirmação: a construção social da doença é um exercício de internalização do termo saúde, assim a doença ou saúde não podem ser uma parte, requerem um todo, como partes que são complementares. Concorda ou discorda? Por quê?
- 18) O que mais gostaria de estar falando que pensa não ter sido abordado nesses encontros?
- 19) Acredita que da forma como foi conduzida a entrevista, os objetivos deste estudo foram alcançados?
- 20) Fique a vontade para acrescentar comentários que julgue pertinente à pesquisa.



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

D A

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL, 8091

SÃO PAULO – BRASIL

DIRETORIA CLÍNICA

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 12.12.01, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 902/01, intitulado: "Psicologia hospitalar no HC: Uma reflexão a partir da História, Memórias e Prática", da FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Mathilde Neder

Pesquisador Executante: Sr. Paulo André da Silva

Orientador: Prof. Dr. João Yunes

CAPPesq, 12 de Dezembro de 2001.


PROF. DR. JORGE KALIL FILHO
Presidente da Comissão Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

OBSERVAÇÃO: Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX.2, letra "c").