

O PERCURSO HISTÓRICO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Leda Pibernat Pereira da Silva

Dissertação apresentada como exigência parcial para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia
sob orientação do Prof. Dr. William Barbosa Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Porto Alegre, Julho de 2006.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desse estudo, o meu sincero MUITO OBRIGADA!!!:

Ao professor orientador, William Barbosa Gomes;

Ao grupo de mestrandos e doutorandos dos Núcleos de Estudos em Pesquisa Fenomenológica e de Epistemologia e História da Psicologia;

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS;

À CAPES;

Ao Serviço de Psicologia do HCPA, mais especificamente às Psicólogas Márcia Ramos e Desirée Bianchessi;

À Banca examinadora desse trabalho, as professoras Tânia Mara Sperb, Irani Argimon e Viviane de Oliveira;

Às psicólogas entrevistadas para esse estudo;

À minha família: pai, mãe, irmãos, avó, tios e primos!

Às minhas amigas, também psicólogas, Cristina Hugo e Fernanda Ribas;

Às minhas amigas de toda a vida: Cris, Natie, Mari, Lú e Raquel;

Ao meu noivo Marcel.

SUMÁRIO

RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
CAPÍTULO I – Introdução.....	08
CAPÍTULO II – Método.....	11
2.1 Considerações acerca do método.....	13
2.2 Questões sobre a memória.....	19
CAPÍTULO III – Resultados.....	21
3.1 Aspectos gerais.....	21
3.1.1 A psicologia nos hospitais dos Estados Unidos.....	22
3.1.2 A psicologia nos hospitais do Brasil.....	23
3.1.3 A psicologia nos hospitais do Rio Grande do Sul.....	26
3.1.4 Sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	27
3.1.5 A psicologia no meio acadêmico.....	28
3.2 Psicologia organizacional no HCPA.....	29
3.2.1 Aspectos históricos da psicologia organizacional.....	32
3.2.2 Momento histórico do Brasil	33
3.2.3 Primeira destituição do setor de psicologia organizacional (1976).....	34
3.2.4 Segunda destituição do setor de psicologia organizacional (1971).....	35
3.3 Psicologia clínica no HCPA.....	38
3.3.1 Avaliação psicológica ambulatorial.....	38
3.3.2 Psicologia clínica na internação.....	39
3.3.3 Estágios na psicologia clínica.....	43
3.3.4 Sobre a distância entre o curso de psicologia da UFRGS e a psicologia do HCPA.....	45
3.3.5 A configuração do serviço de psicologia do HCPA.....	46
CAPÍTULO IV – Discussão.....	49
4.1 Análise da expansão das atividades psicológicas.....	49
4.1.1 Contexto.....	52
4.1.2 Público alvo.....	53
4.1.3 Práticas.....	53
4.1.4 Trabalhos multi e interdisciplinares.....	54
4.2 Atividades mais comuns.....	55
4.2.1 Modalidades de atendimentos.....	58

4.3 Serviços de Psicologia.....	59
4.4 Considerações finais.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS.....	75
Anexo A - Roteiro de entrevista.....	75
Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	76
Anexo C - Lei de criação do HCPA.....	77
Anexo D - Lei de aprovação do estatuto do HCPA.....	81

RESUMO

As primeiras inserções de atividades psicológicas em hospitais gerais no Brasil datam da década de 1950. No entanto, foi nas últimas duas décadas que o interesse pela Psicologia Hospitalar cresceu significativamente, chegando a organizar-se como uma especialidade regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia em 2000. Apesar de tal prática ser bastante documentada no centro do país - local por onde os psicólogos começaram a desenvolver as primeiras atividades em hospitais gerais, a história desenvolvida no Sul do país carece de maiores registros. Nesse sentido, o objetivo específico deste estudo é resgatar a história das atividades psicológicas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e reunir dados para a análise da expansão da psicologia no momento em que ingressa em novos ambientes que não os tradicionais: clínica, escola e indústria. O período demarcado vai de 1971, com a abertura do Hospital, até 1986, com a estruturação de um Serviço de Psicologia que reuniu as psicólogas da instituição sob uma mesma chefia. Para a coleta e análise dos dados foi utilizado o método de História Oral, devido à escassez de registros escritos sobre a constituição e o desenvolvimento do serviço em questão. Trata-se de um estudo qualitativo a partir do qual foi construída uma narrativa histórica. Foram entrevistadas 10 profissionais que desenvolveram atividades na área da psicologia em diferentes momentos do período considerado. Como resultados, constam na narrativa que a Psicologia entrou no HCPA pela via Organizacional, para realizar a seleção dos funcionários do hospital. Somente alguns anos mais tarde a Psicologia Clínica foi incorporada à instituição, via a unidade de Pediatria. Discute-se que as destituições sofridas pelo setor organizacional, e o momento histórico vivido pela Psicologia, foram alguns dos motivos da criação de um Serviço independente, pois a reunião oficial das profissionais forneceria maior autonomia e segurança para as psicólogas na instituição. Além disso, a criação de Serviços de Psicologia em hospitais serviu como fator de consolidação da Psicologia Hospitalar no Brasil.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar; História oral; Serviços de psicologia.

ABSTRACT

The first insertions of psychological activities in general hospitals in Brazil date from the decade of 1950. However, it was in last two decades that the interest for Psychology in medical settings grew significantly, arriving to organize itself as a specialty regulated by the Federal Advice of Psychology in 2000. Although such practice is sufficiently registered in the center of the country – the place where the psychologists had started to develop the first activities in general hospitals, the history developed in the South of the country lacks better registers. In this direction, the specific goal of this study is to rescue the history of the psychological activities in Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and to congregate data for the analysis of the psychology expansion at the moment where it goes into newer environments than not the traditional ones: clinic, school and industry. The demarcated period goes from 1971, with the opening of the Hospital, up to 1986, with the creation of a Department of Psychology that congregated the psychologists of the institution under the same command. For the collection and analysis of the data, the Oral History method was used, due to scarcity of written registers about the constitution and the development of the service in question. From this qualitative study was constructed a historical narrative. Ten professionals, who had developed activities in the area of psychology at different moments of the considered period, had been interviewed. As results, they consist in the narrative that Psychology entered in the HCPA by the Organizational way, to carry through the selection of the hospital employees. Just in a few years later Clinical Psychology was incorporated to the institution, by the unit of Pediatrics. It is argued that the destitutions suffered by the organizational sector, and the historical moment lived by Psychology, had been some of the reasons of the creation of an independent Department, because the official meeting of the professionals would supply greater autonomy and security to the psychologists in the institution. Moreover, the creation of the Department of Psychology in hospitals served as a reason for the consolidation of the Psychology in medical settings in Brazil.

Key-Words: Hospital psychology; Oral history; Department of Psychology

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, uma das áreas de atuação do psicólogo que mais tem crescido no Brasil é a Psicologia Hospitalar. Mesmo havendo registros do trabalho desses profissionais em hospitais gerais desde a década de 1950, foi nas últimas duas décadas que o interesse pela área parece ter aumentado significativamente. Isso pode ser observado pela grande procura por estágios em hospitais desde o curso de graduação, pelo crescente número de reunião de psicólogos hospitalares (em congressos e jornadas, por exemplo); pela publicação de livros, periódicos; defesas de dissertações e teses sobre o tema e pela criação de cursos de Especialização, culminando com a regulamentação do título de Especialista em Psicologia Hospitalar, pelo Conselho Federal de Psicologia, no ano de 2000.

Observando-se esse panorama atual, faz-se necessário um resgate histórico das origens da Psicologia Hospitalar, seu surgimento, seus personagens e suas práticas. Existem alguns trabalhos que dão conta desse histórico enfocando, porém, somente as atividades executadas no centro do país – mais especificamente São Paulo – locais por onde a prática psicológica começou a se inserir nos hospitais gerais (Neder, 1992). No entanto, pouco material é encontrado a respeito dessa inserção no Rio Grande do Sul.

De maneira mais específica, este trabalho pretende resgatar a história da constituição do Serviço de Psicologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição com mais de 30 anos de existência (fundada em 1971) e um dos maiores centros de referência na área médica, não apenas no Rio Grande do Sul, mas no Brasil. A história desse Serviço consta em raros registros, não existindo relatos escritos sobre suas atividades, seus personagens e seu desenvolvimento. Contudo, essa história é lembrada por aqueles que participaram da organização do serviço e é transmitida de maneira informal nas supervisões de estágio e nas aulas práticas.

O Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como hoje é denominado, é fruto de um histórico de mais de 30 anos, sendo que atualmente é composto por nove psicólogas - sete Psicólogas Clínicas e duas Psicólogas do Trabalho - além de uma secretária. O serviço atende cerca de 50 estagiários curriculares, tanto em nível de graduação quanto especialização, alguns estagiários voluntários, pesquisadores de cursos de pós-graduação, e é subdividido em Psicologia Clínica e Psicologia do Trabalho. Ambas as áreas funcionam de forma independente, mas ocupam o mesmo ambiente e se reportam a uma mesma chefia.

O trabalho prestado consta de atendimentos individuais em ambulatório e à beira do leito, grupos terapêuticos e de intervenção, psicodiagnósticos, triagens, consultorias a equipes, trabalhos multi e interdisciplinares com diferentes equipes do HCPA, treinamentos, acompanhamento de reabilitação profissional, entre outros. Atividades de pesquisa também têm sido realizadas, bem como trabalhos de conclusão de curso.

São objetivos do presente estudo, além do resgate histórico das atividades psicológicas no HCPA, a análise da expansão do oferecimento de serviços psicológicos e das transformações que ocorreram na prática profissional nesse novo contexto. O período demarcado para a pesquisa inicia em 1971, com a cedência de uma funcionária da UFRGS para a realização de recrutamento e seleção profissional com vistas à inauguração do Hospital, e termina em 1986, com a estruturação de um Serviço de Psicologia. Neste ano as psicólogas que trabalhavam na instituição foram reunidas num mesmo espaço e sob uma mesma chefia, agora uma psicóloga e não mais médicos ou administradores. O exame desta história torna-se ainda mais relevante por se tratar de um dos serviços pioneiros, desenvolvendo-se paralelamente aos primeiros serviços de psicologia localizados no centro do país e contando com um percurso de mais de três décadas.

Para reconstruir a história do Serviço, foi utilizado o método da História Oral, uma vez que os registros escritos sobre sua constituição são bastante escassos. Os dados estão sendo apresentados em forma de um texto historiográfico que pretende servir como uma versão dos fatos, uma vez que a história não se reconstrói de maneira absoluta e definitiva. O pioneirismo do Serviço oferece uma oportunidade privilegiada para o estudo da expansão e da diversificação de serviços em psicologia no Brasil. Contudo, a função primordial do estudo historiográfico é fornecer material para discussão e reflexão da origem de nossas práticas e posições teóricas, contribuindo para avaliações e implementações futuras. Além disso, serve como um estímulo à preservação da memória de pessoas e instituições e ao estudo histórico de outras unidades de análise que poderão oferecer subsídios para comparações e para que se trace, por exemplo, um perfil de desenvolvimento da psicologia no Estado (Gauer, 2001).

Gauer e Gomes (2002) afirmaram que estudos historiográficos contribuem para o presente, principalmente, pelo convite à reflexão ética sobre as ações e omissões frente à administração de entidades e instituições relacionadas ao ensino, à pesquisa, ao fomento, e à prática profissional em Psicologia. Este trabalho compartilha da visão apresentada por Gauer (2001), em seu estudo histórico sobre a implementação do curso de Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao defender que apenas a partir do

conhecimento do nosso passado poderemos ter clareza sobre o presente e planos consistentes para o futuro.

O texto que segue é dividido em três capítulos. O primeiro deles introduz o método da História Oral, suas características, particularidades e limitações. O segundo capítulo versa sobre a história do serviço de psicologia do HCPA, propriamente dito, não sem antes apresentar uma revisão sobre as origens da prática psicológica em hospitais no Brasil e nos Estados Unidos. O último capítulo apresenta as discussões e considerações finais sobre o tema.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Como já exposto, a história da Psicologia desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre ao longo desses 30 anos foi muito pouco documentada. A principal fonte de dados ainda encontrada e disponível é a testemunhal. Para estudos como esse, que lidam com depoimentos de pessoas que participaram e/ou testemunharam acontecimentos, Alberti (1989) propõe o método de pesquisa com História Oral.

A pesquisa em História Oral se presta ao estudo de acontecimentos ou períodos históricos privilegiando a realização de entrevistas com as pessoas que deles participaram. É uma forma de aproximação do objeto de estudo e de documentação de uma versão do passado através da recuperação da história conforme concebido por quem viveu. É um método que permite recuperar fatos que não se encontram em documentos de outra natureza, como o caso em questão. Por ser imprescindível o acesso às fontes testemunhais, a pesquisa em História Oral só se presta ao estudo e resgate de temas recentes, uma vez que há a necessidade de que os possíveis entrevistados estejam vivos e disponíveis, em condições físicas e mentais.

O processo de elaboração do texto historiográfico que compõe essa dissertação pode ser dividido em cinco fases:

1) O método de História Oral preconiza a realização de um estudo exploratório para reconhecimento do campo que se deseja estudar. Tal estudo, realizado através de pequenas entrevistas, tem o objetivo de viabilizar um contato inicial com o assunto a ser estudado e identificar as pessoas a serem entrevistadas posteriormente. Nesse sentido, uma entrevista exploratória foi realizada com a psicóloga que atua há mais tempo na instituição, Viviane Ziebell de Oliveira (atual chefe do Serviço de Psicologia), que indicou o nome das primeiras psicólogas que atuaram no Hospital de Clínicas e forneceu pistas de onde encontrar algumas delas.

2) A partir das informações colhidas, determinou-se quem seria a primeira participante a ser entrevistada, ou seja, aquela que foi a primeira a desempenhar atividades relacionadas à psicologia no Hospital de Clínicas. Através dos relatos dessa profissional, chegou-se a segunda participante, e assim sucessivamente, seguindo uma ordem cronológica das contratações. Convém ressaltar que nem todas as profissionais contatadas

se dispuseram a participar desse estudo. As entrevistadas e o respectivo período¹ que atuaram no HCPA foram, então:

Maria de Lourdes Prolla (1971-1985);
Yolanda Falkmann Haetinguer (1975-1976 e 1977-1981);
Branca Regina Chedid (1975-1976);
Jeanette Caspary (1977-1981);
Silvia Eugenia Molina (1977-1979);
Ana Lúcia Saldanha Duarte (1979-1988);
Ligia Braun Schermann (1980-1981);
Viviane Ziebell de Oliveira (1979-atual);
Maria Regina Limeira Ortiz (1982-2005);
Marta Regina de Leão D´agord (estagiária em 1984).

3) Cada profissional foi contatada por telefone, ocasião na qual foram convidados a prestarem entrevistas sobre a experiência que tiveram enquanto profissionais de psicologia dentro daquela instituição (Cópia do Roteiro de Entrevista no Anexo A). As entrevistas ocorreram ou na residência, ou no local de trabalho das participantes. Na ocasião era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4) As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo analisadas e ordenadas segundo os objetivos do estudo. Foram demarcados três temas principais que nortearam esse estudo: 1) Organização do setor, participantes e atividades em Psicologia Organizacional; 2) Organização do setor, participantes e atividades em Psicologia Clínica (ambulatório e internação); e 3) Organização das profissionais, antecedentes e determinantes da criação do Serviço de Psicologia. Para cada tema, houve a classificação dos dados em ordem cronológica dos acontecimentos, verificada tanto pelas informações individuais, quanto pela comparação das diversas entrevistas entre si (principalmente quando duas ou mais entrevistas versaram sobre épocas semelhantes ou próximas) e pelo apoio documental (por exemplo, documentos do próprio HCPA – vide anexos C e D). O material transcrito possibilitou a visualização simultânea do conjunto das entrevistas, permitindo assim identificar as diversas informações prestadas sobre um mesmo assunto. Além disso, as informações colhidas foram comparadas e apoiadas em materiais publicados e disponíveis para consulta, como artigos e livros sobre o tema.

5) Elaboração de uma narrativa histórica descrevendo processos que caracterizaram a criação do Serviço de Psicologia através de uma síntese compreensiva dos acontecimentos, procurando reconstruir e interpretar os fatos históricos dentro do seu

¹ As datas são aproximadas devido à dificuldade das entrevistas em fornecer com precisão esses dados.

contexto. Foram procurados pontos de concordância e discordância entre os relatos sobre os diversos aspectos. Demartini (1992) aponta que apenas com a comparação dos depoimentos podemos perceber elementos necessários ao entendimento de determinadas situações. O entendimento surge também não só da análise do que foi dito no conjunto dos relatos, mas também do que não foi dito. Na análise dos depoimentos o interesse voltou-se para as versões dos fatos, pressupondo-se a existência de lacunas espaciais e temporais, e aceitando a subjetividade implícita no relato, tanto de parte do narrador, quanto do pesquisador que procede a sua coleta (Lang, 1996).

2.1 Considerações Acerca do Método

O emprego de fontes orais e o estudo de temas contemporâneos não são aceitos pela unanimidade dos historiadores que privilegiam, em seus trabalhos, o uso de fontes escritas e a abordagem de períodos acabados do passado. Ainda hoje existem discussões a respeito da validade dos depoimentos colhidos com a finalidade de reconstrução da história.

A tradição de primazia das fontes escritas começou a ser revista a partir de uma geração de historiadores que, no final da década de 1920, fundou a *École des Annales* provocando profundas transformações no campo da história (Ferreira, 1994). Para esses historiadores o fundamental era o estudo das estruturas, não mais priorizando o manifesto, mas aquilo que está por trás do manifesto.

Apesar de pregar uma nova maneira de se pensar e fazer a história, seu adeptos não alteraram sua postura em relação ao período de interesse (os temas contemporâneos continuavam a ser desprezados devido à concepção reinante de que a história só nasceria para uma época quando já estivesse totalmente morta e pela alegação de que era impossível aplicar regras científicas ao estudo de temas presentes) e às fontes (o predomínio das fontes escritas não foi questionado, pelo contrário, foi reafirmado). Continuava-se desqualificando o uso de relatos pessoais, de histórias de vida, e de biografias, condenados por conta da subjetividade imersa nessas formas de comunicação (Ferreira, 1994).

Por outro lado, mesmo não defendendo diretamente o emprego de fontes orais, a *École des Annales* abriu caminho para que a discussão a esse respeito tentasse se instalar. Isso aconteceu a partir de uma das contribuições desse movimento, ou seja, o alargamento da noção de documento histórico, o que revolucionou as formas de fazer a história do século XX (Vidal, 1998). Além das fontes escritas, também foram considerados documentos: objetos, fotografias, construções arquitetônicas, entre outros. Esse fato abriu espaço para que as fontes orais também reclamassem o estatuto de documentos históricos.

Percebe-se que todo esse movimento propiciou o desenvolvimento do método da História Oral ao mesmo tempo em que não se dispôs a discuti-lo profundamente. A primazia dos documentos escritos, a crença na objetividade e a concentração do interesse nos períodos mais remotos da história fizeram com que os debates teóricos metodológicos dos historiadores deixassem de lado as discussões a respeito da História Oral (Ferreira, 1994). Os debates realizados nessa época pela comunidade acadêmica apenas visavam escaloná-la em uma hierarquia de conhecimento de segunda classe (Camargo, 1994). Em virtude disso, num primeiro momento a História Oral se desenvolveu em grande medida fora da comunidade dos historiadores, sendo encarada como uma reação ao quantitativismo positivista que dominava as ciências sociais (Lazano, 1998).

A grande difusão no emprego da História Oral se deu na década de 1960 (Cassab e Ruscheinsky, 2004; e Ferreira, 1994). Becker (1998) aponta dois caminhos por onde se deu esse desenvolvimento. O primeiro deles é chamado pelo autor de "História Oral Política", interessada na pesquisa de elites, dos atores principais do momento histórico escolhido e no uso de entrevistas como um complemento para preencher lacunas deixadas pelos documentos escritos disponíveis. Já o segundo caminho, chamado "História Oral Antropológica", faz uso de entrevistas para a pesquisa de temas da vida cotidiana, com o intuito de dar voz aos excluídos.

A História Oral tem sido definida como “aquela que dá voz aos excluídos, aos vencidos, às minorias, àqueles que não entraram para a história oficial”, ou seja, bastante utilizada para documentar a história de pequenas comunidades, de grupos étnicos (indígenas, por exemplo), imigrantes, etc. Ferreira (1994) identifica essa vertente como "militante" e que, portanto, não foi bem recebida nem pela comunidade acadêmica nem pelos historiadores. Contudo, quando se pesquisa sobre História Oral em livros e artigos do gênero, encontram-se inúmeros trabalhos que tratam dessa vertente, muitos deles realizados por centros específicos destinados à pesquisa e preservação de fontes orais. Tais centros começam a ser organizados a partir da década de 1970, nos Estados Unidos, devido à necessidade de maior controle do material já coletado, de organização de bancos de dados e elaboração de catálogos e índices das entrevistas (Ferreira, 1994). Nessa época também ocorreu a implantação de diversos programas e a maior divulgação de pesquisas que usavam a metodologia da História Oral (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Em nosso país, a referência no estudo da História Oral é o Centro de Documentação de História Contemporânea do Brasil, fundado em 1975, e ligado à Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro, cujo objetivo principal é contribuir para a preservação de documentos necessários aos estudiosos das Ciências Sociais no Brasil.

Conforme Ferreira (1994), somente no fim dos anos de 1970 e início da década de 1980 é que houve transformações expressivas nos diferentes campos da pesquisa histórica. Nesse sentido, o estudo de temas contemporâneos passou a ser considerado, a análise qualitativa foi revalorizada e experiências individuais ganharam maior importância. Foram abertos novos caminhos para o estudo da história do século XX e dentro dessa nova postura foram atribuídos novos significados aos depoimentos, relatos pessoais e biografias, sendo que muitos de seus defeitos foram relativizados. Tais transformações geraram novas discussões sobre o papel das fontes históricas, e permitiu que a História Oral ocupasse um novo espaço nos debates historiográficos atuais.

Tais debates garantiram uma maior legitimidade e permitiram que hoje a proposta metodológica da História Oral seja mais bem aceita e faça parte do arsenal teórico metodológico de uma grande quantidade de profissionais de história e de outras disciplinas afins (Lazano, 1998). Atualmente a História Oral, como metodologia qualitativa, não pertence a uma área exclusiva de conhecimentos, prestando-se a diversas abordagens em campo pluridisciplinar, onde se ocupa em conhecer e aprofundar aspectos sobre determinada realidade (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Envolve necessariamente um conjunto de entrevistas gravadas, composto por uma amostragem expressiva em relação à população a ser estudada (Camargo, 1994), e presta-se a estudo da história do presente. Para seus adeptos, a fonte oral pode ser usada da mesma maneira que se usa uma notícia de jornal ou uma referência a um arquivo ou a uma carta. Para muitos historiadores isso não é tão claramente aceito. Sendo assim, muitas críticas são levantadas e serão posteriormente examinadas neste presente estudo.

Uma das principais contribuições do método da História Oral é propiciar informações impossíveis de obtenção por outro modo (Thompson, 1992); obter dados referentes a fatos que não estejam registrados por nenhum outro tipo de documentação ou a fatos cuja documentação seja escassa e por isso deseja-se completá-la; e abordar fatos sob um ângulo diferente do disponível nas fontes documentais (Camargo, 1994; Thompson, 1992). Além disso, as fontes orais podem oferecer interpretações qualitativas de processos históricos sociais (Lazano, 1998).

Em alguns casos, como o deste trabalho, o uso de fontes orais mostra-se a única possibilidade de recuperar um passado que, apesar de recente, deixou poucos traços (Dias, 1994). A essas áreas que não dispõem de conhecimento acumulado, Camargo (1994) alega que a metodologia da História Oral seria melhor do que qualquer outra porque permitiria uma compreensão total de sistemas e realidades, ao invés de uma visão fragmentada que as fontes tradicionais especializadas poderiam oferecer, e compartilha com Thompson (1992)

a idéia de que essa metodologia contribui para uma história mais rica, mais viva e mais verdadeira, uma vez que transforma os “objetos de estudo” em “sujeitos”. No entanto, convém lembrar que um dos mandamentos da profissão de historiador é nunca confiar numa só fonte, seja ela escrita, oral ou de qualquer outra espécie (Becker, 1998), pois nenhum material colhido de uma só maneira pode ser suficiente para espelhar a realidade (Queiroz, 1994).

A cientificidade, ou não, desse método ainda é bastante discutida. Lazano (1998) entende que a História Oral pode e deve produzir conhecimentos históricos e científicos, e não apenas fazer um relato ordenado da vida e da experiência dos sujeitos entrevistados. Diferente de Lazano, Camargo (1994) entende que a História Oral jamais poderia ser pensada como ciência, pois não seria capaz de obter resultados confiáveis que permitam a produção de conhecimento. Mesmo assim, não deixa de destacar que conhecimento não se confunde necessariamente com ciência, sendo a ciência apenas uma das formas possíveis de alcançá-lo.

Uma das especificidades da História Oral é o fato de pesquisar temas contemporâneos, o que permite conviver com testemunhas vivas e oferece uma rara possibilidade de preservar o registro da memória dessas pessoas em sua viva voz (Dias, 1994). Outra especificidade diz respeito à intencionalidade do pesquisador em produzir documentos históricos, que posteriormente também se tornarão fontes de conhecimento para outros pesquisadores (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Trata-se de um método que não apenas suscita novos objetos e nova documentação como também estabelece uma relação original entre o historiador e os sujeitos da história, demonstrando, dessa maneira, que história é construção (François, 1998).

A construção da história a partir do método de História Oral é bem peculiar, uma vez que a oralidade permite que se apreendam significados e conotações através do tom, ritmo e volume impressos pelo narrador, os quais muitas vezes a forma escrita é incapaz de revelar (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Outra peculiaridade diz respeito ao caráter individual das fontes orais, nas quais cada entrevistado fala em nome próprio, em contraste com as fontes documentais, que em geral tem caráter coletivo, como destacou Becker (1998).

Ademais, uma das vantagens do registro gravado das entrevistas documentais apontadas por Thompson (1992) é a conservação do registro falado, que é muito mais fidedigno e preciso do que um registro simplesmente escrito, como anotações em rascunhos ou atas oficiais de reuniões, por exemplo. Dessa maneira, apesar de perder-se a fluidez do testemunho, que nunca se repetiria do mesmo modo, mantêm-se as palavras

empregadas exatamente como foram faladas. Com respeito a esse fato, ressalta-se a importância e a necessidade de uma postura ética do pesquisador frente a tais fontes, devendo primar pela fidelidade às palavras e ao sentido dado pelo entrevistado (Cassab e Ruscheinsky, 2004).

Por fim, destaca-se uma das principais limitações de um projeto em História Oral: este dificilmente termina produzindo uma interpretação fechada (Dias, 1994). Prins (1992) ainda destaca que as limitações da História Oral devem ser amplamente avaliadas, de modo que não se transforme em um desapontamento quando, após longos períodos de pesquisa, resultar em uma reconstrução ainda não muito detalhada, uma vez que a falta de fontes independentes para verificação cruzada podem conferir um baixo grau de confiabilidade ao produto da pesquisa. Mesmo assim, Prins (1992) aponta que uma história baseada exclusivamente em fontes não-documentais pode ser mais imprecisa e menos satisfatória do que a extraída de documentos, mas de todo modo, não deixa de ser uma história, ou uma versão da história.

Diversas críticas são tecidas a esse método. Os historiadores seguidores de uma tradição clássica do historicismo e dos rigores da escola positivista recusam o uso de testemunhas, pois suas palavras seriam não confiáveis. Por isso entendem a História Oral como um método de segunda classe (Lazano, 1998) e confiam somente no material escrito. Voldman (1998) destaca duas razões para que isso ocorra: a primeira leva em conta que o material escrito tem um caráter objetivo de exterioridade; a segunda razão diz respeito à transparência do material escrito e a possibilidade constante de referência, de verificação e retorno. Por que as fontes estão dispostas em hierarquias pelos historiadores, é de aceitação geral que, quando disponíveis fontes oficiais escritas, essas devem ser preferidas às orais (Prins, 1992). Entre as diversas críticas tecidas ao método de História Oral estão: a defectibilidade da memória como fonte de produção historiográfica, sendo sua fragilidade considerada universal e irreparável; a proximidade temporal com o objeto de estudo; a falta de precisão na forma e na cronologia; e o uso, em muitas das vezes, de apenas uma testemunha (Prins, 1992).

Quanto à utilização de fontes que envolvam a memória, afirma-se que estas deveriam ser descartadas dos procedimentos historiográficos devido à sua fragilidade, fragmentalidade e equívoco quando confrontada com o documento escrito (Vidal, 1998). Aqueles que criticam a proximidade temporal entendem que esta compromete a pesquisa e preconizam que se deva trabalhar apenas com processos históricos com desfechos acabados e objetivos (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Sobre a falta de precisão na forma, admite-se que a fonte oral não apresenta uma natureza estável e fixa, como as fontes

documentais, pois sua forma pode variar, devido a lembranças, esquecimentos e omissões, por exemplo, e entende-se que sua cronologia é freqüentemente imprecisa (Prins, 1992). Por fim, condena-se o uso de apenas uma testemunha porque isso impede a comprovação da comunicação (Prins, 1992).

Uma das mais fortes críticas ao uso de fontes orais reside na não confiabilidade da memória. Nesse sentido, Vidal (1998) aponta que o depoente, ao elaborar seu depoimento realmente não irá reviver seu passado, não irá resgatar memórias intactas de acontecimentos, nem recuperará as emoções e sentimentos envolvidos no instante original, mas fará uma reelaboração, no presente, sobre o passado. Ou seja, uma construção do passado pelo presente. Além disso, as fontes orais revelam não só sobre o que o sujeito social fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo e o que pensa que fez (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Thompson (1992) nos lembra que a história não é feita só de eventos, estruturas ou padrões, mas também pela forma como estes são vivenciados e lembrados na imaginação. Destaca que, aquilo que as pessoas imaginam que aconteceu, e também o que acreditam que poderia ter acontecido, pode ser tão fundamental quanto aquilo que de fato aconteceu. Quanto aos problemas com a cronologia, Prins (1992) entende que as fontes orais podem produzir uma história seqüenciada, apenas não haverá datação rigorosa e precisa. Para isso seria necessário buscar correlações com fontes externas.

Mesmo entendendo as ressalvas colocadas pelos historiadores quanto ao uso de fontes orais, não podemos deixar de avaliar que nenhuma fonte é objetiva, seja ela escrita, oral, ou de qualquer outra natureza e que todas elas estão sujeitas a desconfianças, podendo ser indutoras de erros. Além disso, devemos levar sempre em consideração que as fontes documentais não são legadas de forma natural e involuntária como poderia se pensar (Prins, 1992). Thompson (1992) destaca que sempre há um objetivo social por trás da criação e da posterior preservação de um documento.

Os arquivos escritos se tornam tão incompletos quanto qualquer outro tipo de fonte se pensarmos que eles dificilmente deixam transparecer a complexidade dos processos decisórios, as muitas decisões que são tomadas através da comunicação oral, das articulações pessoais, dos telefonemas (Ferreira, 1994). E para suprir tais lacunas os depoimentos orais revelam-se de grande valia. Também não podemos deixar de pensar que muitas fontes escritas se baseiam na oralidade, como também muito da oralidade está recheada ou saturada de escrita (Cassab e Ruscheinsky, 2004). Isso nos leva a pensar na dificuldade de separar o que é um documento estritamente oral e o que é um documento

exclusivamente escrito. Nos comunicamos por ambos os meios e tanto um quanto outro podem modificar ou corromper o original (Thompson, 1992).

Ainda quanto à diferença entre os tipos de fontes, frente a qualquer uma delas deve-se ter o cuidado de assegurar sua autenticidade, seus autores (quem eram, que papel desempenhavam na sociedade, que objetivos tinham ao construir tal documento), entre outras perguntas que devem ser feitas (Thompson, 1992). Nesse sentido, percebe-se que muitas dessas perguntas podem ser respondidas com muito mais confiabilidade em relação à evidência oral do que em relação a documentos escritos; mais ainda se os dados vierem do campo de estudo do próprio pesquisador.

Assim, entende-se que, como todos os métodos, a História Oral tem suas vantagens e desvantagens, seus pontos fortes e fracos. Porém, somente a partir do conhecimento de todos esses aspectos é que seu uso poderá se dar de maneira responsável e cuidadosa, visando à reconstrução histórica do objeto a que se pretende.

2.2 Questões Sobre a Memória

Uma dos pontos mais discutidos em História Oral é o aspecto de não-confiabilidade da memória. Contudo, ela é a razão da existência desse método historiográfico: uma vez que os documentos escritos são escassos, na falta da memória não haveria história. Ela é imprescindível para a reconstituição do passado, coletivo ou individual (Baptista, 2003). Olmos (2003) destaca que apesar das críticas tecidas a histórias baseadas na oralidade, e por isso carregadas de subjetividades, os estudiosos da história da psicologia no Brasil muitas vezes têm recorrido às narrativas de personagens que construíram parte dessa história. Talvez porque seja a única fonte que nos resta, uma vez que a tendência na história da psicologia tenha sido de “apagar as pegadas” daqueles que nos antecederam. Massimi (2002) concorda com esse ponto de vista e acrescenta que a preservação da memória histórica constitui-se numa tarefa urgente e árdua, devido à falta de consciência histórica que acarretou a destruição sistemática de documentos, arquivos e bibliotecas. A pesquisa baseada na memória e na oralidade é a chance de retomar o passado pela palavra, antes que ele desapareça no silêncio e no esquecimento, além de permitir a composição de uma narrativa coletiva e pública da experiência de psicólogos no Brasil, mesmo que essa não represente uma verdade definitiva e absoluta, mas algo relativo à versão dos narradores (Olmos, 2003).

Uma das principais questões levantadas sobre a pesquisa baseada em memória diz respeito aos esquecimentos e lembranças ligados à reconstituição dos fatos. Kenski (1995, citada em Baptista, 2003) relata que frequentemente os motivos, seja das lembranças, seja

dos esquecimentos, são emocionais. A mesma autora cita, dentre os fatores que concorrem para essa seleção, o fato do narrador construir uma versão do passado de acordo com as necessidades do presente. Ou seja, o sujeito constrói uma identidade pessoal que, em alguns casos, não é exatamente a mesma que ele possuía no passado e nem ele sabe disso. O comum de acontecer é as pessoas tentarem passar a limpo o passado e construir um todo coerente, onde se mesclam situações reais e imaginárias.

Baptista (2003) reforça essa visão e acrescenta que os depoimentos solicitados muito tempo após o acontecido podem sofrer variações ou imprecisões em função daquilo que os depoentes consideraram aceitável no momento do depoimento. Aí estão implicadas convicções pessoais, interesses de grupo ou classe, preconceitos, envolvimento pessoal e emocional, por exemplo. E, indiscutivelmente, esses aspectos não deixaram de ser reproduzidos nesse texto.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Aspectos Gerais

Desde seus primórdios, a ciência médica buscou relacionar as manifestações corporais aos seus relatos mentais e vice-versa (Lhullier, 2003). E apesar da prática psicológica em hospitais ser relativamente recente (década de 1950), Matarazzo (1994) entende que a psicologia há muitos anos esteve presente de maneira essencial no atendimento médico. Segundo o autor, durante centenas de anos os médicos tiveram disponíveis apenas algumas drogas para ministrar aos seus pacientes, precisando lançar mão de outras técnicas para auxiliar na cura da enfermidade, sendo a psicologia uma das principais armas utilizadas em suas práticas, demonstrada através de atitudes do médico, tais como empatia, compaixão e encorajamento ao paciente.

Entretanto, a explosão no conhecimento científico em áreas como biologia, fisiologia e microbiologia, que teve início no século XIX e se estende até os dias atuais, ajudou a produzir várias gerações de médicos com pouco ou nenhum conhecimento do papel dos fatores psicológicos atuantes tanto na saúde quanto na doença (Matarazzo, 1994). Uma das conseqüências desses avanços científicos, além das melhorias quanto às condições de saúde e tratamento de doenças, foi distanciar a prática médica da prática psicológica durante aproximadamente um século (Matarazzo, 1994). Nesse sentido, e dentro desse contexto, é compreensível que, quando da criação das escolas médicas e dos hospitais, não existissem psicólogos: a missão desse estabelecimento era treinar médicos e, às vezes, enfermeiras. Psicólogos não faziam parte desse ambiente (Shelton e Leventhal, 2005).

Por outro lado, depois de erradicadas algumas das principais causas de morte dos dois últimos séculos (as doenças infecciosas), outras doenças se tornaram proeminentes, entre elas, aquelas associadas ao estilo de vida (por exemplo, fumo, bebida, obesidade). Dessa forma, depois de um século de negligência, médicos e psicólogos redescobriram esse terreno comum na área de saúde e comportamento, que é o indivíduo doente (Matarazzo, 1994) e a prática psicológica, já independente dos médicos, começou a tomar parte nos estabelecimentos de saúde.

Sheridan (1999) aponta para a existência de alguns poucos profissionais da psicologia nas Escolas de Medicina dos EUA anteriormente a 1910, sendo a partir da década de 1950 que esse número veio a crescer significativamente – mesma data em que, no Brasil, era iniciada a prática da psicologia em hospitais gerais. Cummings (1992)

também situa entre as décadas de 1950 e 1960 a data da entrada efetiva dos psicólogos em hospitais gerais nos EUA. Pate e Kohut (2003) creditam esse marco histórico à consequência do término da Segunda Grande Guerra Mundial (1939-1945) e a necessidade de se prestar atendimento especializado aos militares que retornavam para os EUA, o que impulsionou o crescimento no número de psicólogos trabalhando em hospitais na década de 1950. Nogueira-Martins e Frenk (1980) destacaram um outro aspecto que contribuiu para a entrada dos psicólogos nos hospitais. Segundo os autores, a presença da psicologia se fez imprescindível a partir do momento em que houve o aparecimento e registros de episódios psicóticos, ora relacionados ao uso de tecnologia avançada, ora com os procedimentos cirúrgicos e mesmo com estados confusionais e depressivos decorrentes do uso de medicações.

3.1.1 A Psicologia nos Hospitais dos Estados Unidos

O primeiro programa federal dos Estados Unidos da América (EUA) a reconhecer a psicologia como uma profissão de saúde independente foi o “*The Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services*” (*CHAMPUS*), inicialmente em 1970 e oficialmente em 1977 (Dorken, 1993). No mesmo ano de 1977, com a aprovação do “*Missouri Psychology Practice Act*”, a psicologia finalmente foi licenciada e certificada como uma profissão autônoma em todas as jurisdições daquele país (Enright, Resnick, DeLeon, Sciara, e Tanney, 1990).

No ano seguinte, 1978, o Estado da Califórnia foi o primeiro a decretar legislação permitindo a nomeação de psicólogos clínicos como membros de equipes médicas em hospitais. Pela lei, ficava permitido ao psicólogo assumir a responsabilidade de admissão, tratamento e alta de pacientes. Desde então, muitos setores privados de hospitais abriram espaço para que os psicólogos integrassem equipes médicas (Dorken, 1993).

A entrada oficial e legalizada dos psicólogos nos ambientes médicos foi uma mudança importante nos EUA, uma vez que naquele país a psicologia foi historicamente percebida como uma profissão acadêmica, com pouca participação nas questões de cuidados com a saúde. Nos EUA, o lar institucional da psicologia foi essencialmente a universidade (Enright e cols., 1990).

Refletindo tais mudanças conseqüentes do crescente número de psicólogos nos hospitais americanos, a *American Psychological Association* (APA), assumindo seu papel de liderança frente à classe profissional, principalmente no que tange à informação descritiva sobre a prática em hospitais, desenvolveu e publicou no início da década de 1980 uma série de documentos informativos para auxiliar os psicólogos a conquistarem

espaço efetivo dentro de tais instituições (Enright, Resnick, Ludwigsen e De Leon, 1993). Reconhecia-se que o treinamento dos profissionais para a assunção de papéis dentro das equipes não estava sendo suficiente, e que eles possuíam poucos conhecimentos das realidades e vicissitudes do ambiente médico (Enright e cols., 1993). A partir dessas constatações, a APA publicou em 1985 o manual intitulado *A Hospital Practice Primer for Psychologists*. Este documento forneceu aos psicólogos a informação necessária para dar início a sua entrada legítima na prática hospitalar, oferecendo uma visão geral do treinamento apropriado para a atuação nos hospitais, bem como descrições da organização e cultura hospitalar (Enright e cols., 1993). Posteriormente foram publicados pela APA outros documentos, entre eles, em 1991, *Guidelines on Hospital Privileges: Credentialing and Bylaws*, que estabeleceu diretrizes uniformes para treinamento e credenciamento de psicólogos que procuravam trabalho em hospitais. Enright e colaboradores (1993) apontaram que o desenvolvimento de tais documentos pela APA representou um marco histórico, porque reconheceu e endossou a idéia de que o ambiente hospitalar é um local legítimo para a prática psicológica, fornecendo, aos psicólogos, informações e dados necessários para que eles se transformem em uma força ativa e eficaz na plena expansão da psicologia.

3.1.2 A Psicologia nos Hospitais do Brasil

Lhullier (2003), em sua tese de doutoramento, examinou as idéias psicológicas presentes nas faculdades de medicina do Rio Grande do Sul. É fato que sempre existiram doenças que desafiaram a fronteira entre o corpo e o psíquico, mas foi na década de 1940 que as primeiras teses sobre psicossomática começaram a surgir. No entanto, a psicologia era considerada somente como um suporte teórico à prática médica. Os médicos não levantavam a possibilidade de um novo campo de atuação, muito menos a criação de cursos nos quais se estudasse somente a psicologia, desvinculada da medicina. A psicologia era considerada como um domínio da ciência médica, que contribuía para a compreensão dos aspectos mentais, mas os únicos responsáveis pela integração entre corpo e mente seriam os médicos (Lhullier, 2003).

Porém, de forma gradual, as duas áreas foram se afastando teoricamente e o campo de atuação da psicologia foi se diferenciando, mas continuava necessário à medicina. Dessa forma, mesmo tendo ficado muitos anos de fora do hospital, em certo momento da história a psicologia foi chamada a assumir seu posto no atendimento a pessoas doentes.

O início das atividades psicológicas em ambientes hospitalares no Brasil se deu aproximadamente na mesma época em que começou a se consolidar nos EUA, ou seja, na

década de 1950. Ressalta-se que essa data é anterior à regulamentação da profissão de psicólogo no país, o que só veio a ocorrer quase uma década depois, em 1962. Os profissionais que exerciam tais atividades eram graduados em outras áreas das ciências humanas, tais como, pedagogia, filosofia ou ciências sociais e complementavam sua formação em Psicologia em cursos de especialização ou em estágios.

Os primeiros registros da psicologia em hospitais encontrados no Brasil datam de 1954, em São Paulo. Foi nessa época, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), que Mathilde Neder deu início a essa atividade pioneira. Dittrich e Zendron (2001) descreveram como a demanda de atendimento psicológico no hospital foi apresentada à Mathilde: a equipe médica e de enfermagem vinha observando que algumas das crianças operadas apresentavam comportamento agitado após a cirurgia, o que ocasionava danos às peças de gesso que precisavam utilizar e prejudicava o trabalho de recuperação. O pedido da equipe à psicologia era que ajudasse às crianças a aderirem ao tratamento. Assim, as primeiras atividades de Mathilde consistiam em prestar consultas psicológicas a crianças submetidas a cirurgias de coluna, bem como a seus familiares. O acompanhamento era realizado tanto no pré, quanto no pós-operatório.

A experiência inovadora de Mathilde Neder deu início às atividades de psicologia desenvolvidas em hospitais no Brasil, e depois dela, outras experiências pontuais, em outros hospitais Brasil afora foram acontecendo. Porém, somente três décadas depois, em 1983, encontramos um marco histórico que pretendeu agregar os profissionais que atuavam na área. Foi o I Encontro de Psicólogos da Área Hospitalar, que aconteceu em São Paulo, e foi organizado, entre outros profissionais, por Belkiss Romano. Belkiss é uma das psicólogas hospitalares mais reconhecidas atualmente no país e desde 1974 atua junto ao Instituto do Coração do HC da FMUSP, tendo inclusive organizado e implantado o Serviço de Psicologia do mesmo hospital. Sebastiani (2001), que participou do evento, relatou que nesse encontro os psicólogos tinham “*muito mais angústias a dividir do que trabalhos a discutir*”. Por outro lado, um dos frutos desse encontro, foi a criação, pelo CRP/06 (da região de São Paulo), de uma subcomissão para discussão de temas relacionados ao campo da Psicologia Hospitalar: suas peculiaridades, convergências e divergências em relação a outras práticas já tradicionais em psicologia. Posteriormente, dos trabalhos dessa subcomissão derivaram três propostas de ação: 1) Definir mais claramente o campo de atuação do Psicólogo Hospitalar, diferenciando-o de outras práticas clínicas tradicionais; 2) Estimular e difundir os trabalhos de pesquisa e ensino nessa área, de forma a capacitar melhor o psicólogo para o exercício desta atividade; e 3) Iniciar um trabalho permanente

de disseminação e divulgação do trabalho e suas perspectivas junto às instituições hospitalares, profissionais de saúde e autoridades competentes. A primeira das três ações foi concluída e divulgada através da listagem dos diferenciais da psicologia hospitalar/saúde em relação a outras práticas clínicas em psicologia (Sebastiani, 2001):

1. Instituição permeando a atuação;
2. Psicologia é ainda pouco prevista no hospital geral;
3. Obrigatoriamente multiprofissional (interdisciplinar);
4. Dinâmica de trabalho com multiplicidade de solicitações;
5. Ambiente de ação aberto e variável;
6. Tempo impondo limites;
7. Sobreposição do sofrimento organo-psíquico;
8. Imposição x opção do acompanhamento psicológico;
9. Iminentemente focal e emergencial;
10. Predominantemente egóica;
11. Morte e o morrer como parceiros constantes na rotina de trabalho;
12. Absoluta necessidade de visão multifatorial do paciente;
13. Abrangência maior de conhecimentos específicos;
14. Possibilidades múltiplas de intervenção: paciente - família - equipe - instituição

A identificação das particularidades da área se fazia extremamente necessária, uma vez que nessa época (metade da década de 1980) ainda havia muita confusão e falta de conhecimento acerca das reais possibilidades de inserção da psicologia em hospitais gerais. Macedo (1984) destacava que apesar da disponibilidade das instituições em receber o psicólogo, essa acolhida estava prejudicada frente à desorientação profissional. Isso ocorria devido à inexistência de um modelo a ser perseguido pelos profissionais ou a ser solicitado pela instituição. Este seria um dos fatores que serviam de empecilho para a aproximação do psicólogo ao hospital.

Em 1987, Belkiss Romano, que ajudara a organizar o I Encontro, publicou sua tese de doutoramento, cujos resultados corroboraram os aspectos levantados pelo CRP/06, quais sejam: a existência de uma dinâmica própria da área da psicologia hospitalar que interfere na inserção, no desempenho técnico e que gera, obrigatoriamente, a necessidade de revisão dos referenciais teóricos, acadêmicos e até mesmo práticos da psicologia (Romano, 1999).

Observa-se que a construção do campo da Psicologia Hospitalar no Brasil confunde-se e coincide, em muitos aspectos, com a história da estruturação da profissão de

Psicólogo nesse país. A busca de material publicado sobre a inserção de psicólogos em hospitais gerais mostrou que na década de 1980 houve uma consolidação do espaço ocupado por esses profissionais, conjuntamente com expansão da oferta de serviços num número crescente de unidades de internação em diferentes hospitais pelo Brasil. Não por acaso, foi na metade da década de 1980, que também no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a psicologia estava se consolidando com a abertura do Serviço de Psicologia.

Dessa mesma forma, Carvalho (1986) aponta para o início das atividades psicológicas na Obstetrícia do Hospital das Clínicas em São Paulo em 1982, com a cedência de duas psicólogas da Universidade de São Paulo (USP). No mesmo ano, Heloísa Chiattonne implantava o Serviço de Psicologia na Pediatria do Hospital Brigadeiro, também em São Paulo, visando humanizar o atendimento de crianças internadas (Dias, Baptista e Baptista, 2003). Já em 1990, foram lotadas as primeiras psicólogas contratadas via concurso público para o Hospital Estadual Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro. As áreas em que foram atuar também se relacionavam a crianças e a relação mãe-bebê: pediatria, ginecologia, maternidade e ambulatório pré-natal (Catharino, 1995).

3.1.3 A Psicologia nos Hospitais do Rio Grande do Sul

O início do trabalho de psicólogos em hospitais no Brasil data da década de 1950 em São Paulo e tais atividades, devido ao seu pioneirismo, encontram-se bastante relatadas e documentadas, e já tendo sido examinadas nesse trabalho, porém, os trabalhos desenvolvidos em outros Estados do país, entre eles o do Rio Grande do Sul, carecem de maiores detalhamentos.

Tutida (2000), em sua dissertação de mestrado intitulada “Caracterização da prática do psicólogo em hospitais universitários de Porto Alegre”, aponta que no Estado, as experiências pioneiras que mereceriam destaques seriam: 1) o Instituto de Cardiologia; 2) o Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia (principalmente no que concerne aos trabalhos realizados junto à maternidade Mário Totta, fundada em 1940); 3) o Hospital São Lucas da PUCRS; 4) o Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 5) o Complexo Hospitalar da Universidade Luterana do Brasil; 6) o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas; e 7) o Hospital da Criança Santo Antônio (no atendimento a crianças e adolescentes). Mesmo não especificando quais seriam os critérios que justificariam o pioneirismo de tais instituições (seja somente pela época que deram início às atividades em psicologia ou pela inovação dos serviços disponibilizados), destaca o HCPA entre tais instituições.

Outra instituição citada, e contemporânea ao HCPA, é o Hospital São Lucas da PUCRS (HSL), que deu início às suas atividades em 1976. Baldo (2004) aponta que, desde

sua inauguração, o HSL contou com psicólogas atuando na internação (Pediatria). De forma inversa do que ocorreu no HCPA, no qual as primeiras psicólogas atuaram na área da Psicologia Organizacional para depois abrirem espaço para atuação junto a pacientes na internação, no HSL as psicólogas organizacionais só foram contratadas em torno de um ano após a abertura do hospital.

Com relação especificamente ao serviço de psicologia do HCPA, quando buscamos materiais e documentos sobre a sua constituição, percebemos que a sua história não está documentada de forma satisfatória. Muito material foi perdido nos últimos anos com a introdução da ferramenta de gestão de qualidade conhecida como “5S” (pois um dos preceitos desse programa é o “descarte” de materiais não necessários). Foram encontrados apenas dois estudos sobre o surgimento e desenvolvimento da prática psicológica naquele hospital ao longo dos anos. Um deles é um manuscrito preparado para apresentação na Semana Científica do próprio Hospital, mas sem data expressa. O texto foi intitulado de “Relato de uma experiência de estruturação do serviço de psicologia em um hospital geral”, no qual Bianchessi e colegas (s/d, 1990?) fizeram referência à experiência de integrar o Serviço de Psicologia Clínica com o de Psicologia Organizacional (como se denominava anteriormente a Psicologia do Trabalho). O outro, intitulado “Lembranças e histórias do nosso fazer psicológico...” de Duarte (2003), foi publicado pelo Conselho Regional de Psicologia - 7ª Região numa edição comemorativa aos 40 anos da regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil. Nesse trabalho, a autora relatou sua vivência como psicóloga nesse Serviço.

3.1.4 Sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é uma Empresa Pública de Direito Privado que integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e é vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem a missão de oferecer serviços assistenciais à comunidade, ser área de ensino para a UFRGS, e promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas.

Apesar de o HCPA contar com uma história de atendimentos de pouco mais de 30 anos (foi criado pela lei 5.604 de 2 de Setembro de 1970 – vide Anexo C), a história pregressa de sua criação é bem mais antiga, remontando a década de 1930. Foi no início dos anos de 1930 que o então presidente da República Getúlio Vargas, autorizou a construção de um hospital universitário para servir à Faculdade de Medicina. Porém, somente em 1940 o terreno comprado pelo Governo do Estado foi doado à Universidade de Porto Alegre (UPA), antiga denominação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

(UFRGS)². Por outro lado, o trabalho de construção do prédio e instalações começou apenas no final dos anos de 1940, se estendendo por mais três décadas devido a algumas interrupções ocasionadas por problemas no projeto. Somente em julho de 1971 o estatuto do Hospital foi aprovado e publicado no Diário Oficial da União (vide Anexo D). A aprovação do estatuto fornece o marco histórico para a contagem da idade oficial da instituição. No ano seguinte deu-se início ao funcionamento de alguns serviços assistenciais, tanto ambulatoriais quanto na internação. Para que o hospital estivesse apto a abrir suas portas à população no início de 1972 era necessária a contratação de pessoal. Foi, então, nesse contexto que as primeiras atividades psicológicas passaram a ser desenvolvidas naquela instituição através de Maria de Lourdes Prolla, uma técnica em psicologia que foi cedida da UFRGS para realizar o recrutamento e seleção dos funcionários. Antes de examinar mais detalhadamente este processo de inserção, convém destacar o momento acadêmico pelo qual a Psicologia atravessava no Brasil.

3.1.5 A Psicologia no Meio Acadêmico

A regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil só aconteceu em 1962, porém, cursos de formação acadêmica já existiam desde a década de 1950 e mesmo com conhecimentos rudimentares, muitas pessoas já atuavam profissionalmente, realizando atividades como orientação profissional e atendimentos clínicos para crianças e adultos com desajustamentos (Mengarda, 2003). No Rio Grande do Sul, a Pontifícia Universidade Católica (PUCRS) foi a primeira instituição a oferecer o Curso de Psicologia em nível de Pós-Graduação *latu sensu* (especialização), a partir de 1953. Nos primeiros anos, tal curso outorgava o título de “Assistente em Psicologia”. Posteriormente, a partir de 1959, com a ampliação do currículo de dois para três anos, passou a outorgar o título de “Psicólogo”. Depois da regulamentação da profissão em 1962, um decreto-lei de 1969 estendeu o direito de exercer a profissão de psicólogo também aos profissionais que haviam realizado cursos de pós-graduação em Psicologia, tal como o curso oferecido pela PUCRS. Porém, foi em 1967 que se graduou a primeira turma de psicólogos após o reconhecimento oficial do curso de Psicologia (Moreira e Scarparo, 2003). A segunda universidade a oferecer a graduação em Psicologia no Estado também era particular: a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), em 1972. Somente um ano depois, em 1973, a UFRGS passou a oferecer tal curso em seu concurso vestibular. Todavia, o ensino da Psicologia na UFRGS

² A UPA foi criada em 1934 pela agregação de faculdades que já existiam de forma isolada, entre elas a Faculdade de Medicina. A partir de 1947 passou a se chamar Universidade do Rio Grande do Sul, sendo federalizada em 1950.

é bem anterior a esta data, remontando a década de 1940, quando a disciplina de Psicologia era ministrada nos cursos de Filosofia e Pedagogia (Gauer e Gomes, 2002).

O primeiro Departamento de Psicologia na UFRGS foi instituído em 1954, e era ligado diretamente à Reitoria. Foi fundado e coordenado pelo Professor Nilo Maciel, e suas atividades eram voltadas à prestação de serviços em três áreas da Psicologia: clínica, do trabalho e escolar. Esse primeiro Departamento de Psicologia era assim incumbido do aconselhamento psicológico de estudantes da UFRGS, bem como dos funcionários e seus dependentes; da orientação psicopedagógica dos estudantes; da orientação vocacional de estudantes da Universidade e de estabelecimentos oficiais de ensino médio; e da seleção psicotécnica de funcionários técnicos e administrativos da UFRGS e de outras instituições eventualmente conveniadas, além dos candidatos a ingresso no quadro funcional da Universidade (Gauer e Gomes, 2002). No final de 1970 o departamento foi transformado em Centro de Orientação e Seleção Psicotécnico (COESP), tendo como primeiro diretor Arthur Saldanha. Segundo Gauer e Gomes (2002), embora o COESP tenha promovido diversos cursos de extensão durante sua existência, não teve participação direta na criação do curso de graduação em Psicologia, inaugurado em 1973.

3.2 Psicologia Organizacional no HCPA

Era, então, no COESP que trabalhava Maria de Lourdes Prolla, técnica em psicologia que foi cedida ao HCPA para realizar a seleção de pessoal com vistas à abertura do hospital. Como já mencionado, tal departamento era responsável pela seleção psicotécnica de funcionários e técnicos administrativos da UFRGS, sendo essa a ligação que se estabelecia com o hospital. Em meados de 1971, a convite do Dr. Mário Rangel Ballvé (que viria a ser o próximo presidente do hospital, no período de 1976-1980), Maria Prolla dava início às suas atividades no HCPA. Convém ressaltar que Maria Prolla nunca foi funcionária do HCPA, pois foi cedida da Universidade sem ônus ao hospital. Como não havia um serviço de seleção de pessoal devidamente organizado, ela atuava junto à Divisão de Pessoal, sob a chefia do Dr. Sérgio Rudnik, chefe do departamento. O trabalho de seleção era direcionado aos serviços primordiais e que requeriam um maior número de funcionários, entre eles a nutrição, a lavanderia e a enfermagem. Também se ocupavam de seleção para funções administrativas, como o setor de finanças e funções auxiliares como engenharia e serviço da guarda. Junto a esse setor, Maria Prolla trabalhou por aproximadamente cinco anos, sendo depois transferida para o Grupo de Apoio Assistencial.

Segundo o relato de Maria Prolla, as atividades desenvolvidas por seu setor nos primeiros cinco anos da instituição foram basicamente recrutamento e seleção, práticas clássicas da área da Psicologia Organizacional. O tipo de atividade, então, não se diferenciava em nenhum aspecto daquele realizado em uma fábrica, uma indústria, uma empresa ou qualquer outra organização. Não se pode esquecer, porém, que um hospital também é uma empresa, se organiza como tal, é regido por legislações e encargos semelhantes, diferindo-se apenas no seu produto ou negócio, entre eles, a prestação de assistência à saúde da comunidade.

As atividades desenvolvidas por Maria Prolla tendo em vista a contratação imediata de funcionários, ou mesmo à construção de uma reserva técnica, englobavam as entrevistas (tanto com os candidatos quanto com as chefias), a aplicação de testes concernentes a cada área e a construção de um laudo final. As considerações finais do laudo enquadravam os candidatos em três categorias: “Reprovados”, “Aprovados” ou “Aprovados com Restrições”. Consta que a escolha propriamente dita dos candidatos ficava sempre a cargo das chefias, levando em conta os pareceres psicológicos daqueles que foram aprovados (com ou sem restrições) e os pontos fortes e fracos levantados na reunião conjunta das chefias com a psicóloga.

Uma das peculiaridades do trabalho da psicologia no hospital, desde o início, era o não envolvimento com a área médica, ou seja, a seleção de pessoal da medicina não ficava a cargo das psicólogas nem do pessoal do departamento de recursos humanos, sendo um serviço à parte, provavelmente realizado através de indicações. Todos os outros cargos eram selecionados pela psicóloga (enfermagem, nutrição, área administrativa, etc.). Apesar desse não envolvimento com a área médica, o serviço de seleção de pessoal foi, durante um tempo, subordinado a vice-presidência médica do hospital, e não a vice-presidência administrativa como poderia se pensar.

Depois de passada a fase de grande quantidade de seleções, quando o hospital já estava em pleno funcionamento, outras atividades também passaram a ser designadas para o serviço de seleção, entre elas o acompanhamento funcional dos funcionários junto às chefias. Esse acompanhamento tinha o objetivo de verificar a inserção dos novos contratados em suas áreas, sua adaptação e avaliação das chefias. Nesses acompanhamentos havia possibilidade de identificar eventuais problemas e sugerir a troca de setor de determinados funcionários, bem como, aqueles que eram bem avaliados, poderiam ter a chance de serem promovidos.

Nessa época (início da década de 1970), o serviço de seleção do hospital não contava com muitos recursos próprios, sendo necessário lançar mão de recursos da

Universidade (exemplo disso foi a cedência de Maria Prolla, sem custos para o hospital), e contando com apoio do COESP. Prolla relata que muitos testes utilizados para a seleção de funcionários eram trazidos da Universidade. Além disso, havia muita interação entre ela e os professores da Universidade para articulação das atividades e implementação do serviço com um todo.

Apesar de o HCPA ser o hospital-escola da UFRGS, a aproximação com a Psicologia só se deu neste momento inicial, quando inclusive ainda não existia o curso de graduação da UFRGS. É curioso que a aproximação mais efetiva que houve entre o HCPA e a psicologia na UFRGS se deu através do COESP, que apesar de existir desde a década de 1950 (mesmo que com outra denominação), não teve participação direta na criação e desenvolvimento do curso de graduação inaugurado na Universidade em 1973. No decorrer do tempo, a distância foi aumentando, uma vez que as futuras psicólogas contratadas pelo HCPA viriam, em sua maioria, da PUC (pelo fato da UFRGS ainda não contar com curso de graduação, sendo que sua primeira turma se formou em 1978), e serem contratadas através de convites pessoais.

Após esse período em que permaneceu concentrada nas atividades de seleção de pessoal (aproximadamente cinco anos, ou seja, em 1975), Maria Prolla passou para a coordenação do Grupo de Apoio Assistencial junto à vice-presidência médica, a convite do Dr. Ballvé (presidente do hospital na ocasião). Esse grupo abrangia as áreas da Psicologia (já mais estruturado, depois da contratação de mais três psicólogas, como será examinado mais adiante) e da Assistência Social para acompanhamento do trabalho realizado pelas chefias. Com a mudança na presidência do hospital, em 1980, Maria Prolla deixou esse cargo, que passou a ser exercido por um médico (exigência da nova direção, uma vez que tal grupo era um órgão da área médica).

Após a coordenação do Grupo de Apoio Assistencial, Prolla ainda trabalhou com a Junta Médica, na promoção dos exames periódicos dos funcionários. Tais exames tinham o objetivo de evitar que os trabalhadores tirassem licenças médicas a todo momento. Esse serviço não era ligado à psicologia, que nessa época já tinha uma estrutura bem formada. Depois de trabalhar por aproximadamente 15 anos no HCPA, Prolla se aposentou, como funcionária da UFRGS por volta de 1985.

Quando Maria Prolla deixou o serviço de seleção para assumir a coordenação do Grupo de Apoio Assistencial, assumiu em seu lugar Yolanda Haetinger. Um grupo de psicólogas havia sido indicado para Maria Prolla e dentre elas, Yolanda foi escolhida para sucedê-la no serviço de seleção. Esta foi a primeira psicóloga de formação a ser contratada pelo hospital em meados de 1975. Seu trabalho consistia em atuar em todos os

seguimentos habituais da psicologia organizacional: recrutamento, seleção de pessoal, entrevistas de desligamento, avaliação de desempenho, treinamento de funcionários e acessórias à chefia. Junto com Yolanda foram contratadas mais duas psicólogas (Branca Chedid e Janine Kirst), e uma recrutadora (que não era psicóloga) e todas ficavam sob a chefia de Yolanda. Nesse primeiro momento, a área da psicologia era vinculada ao Grupo de Apoio Assistencial, órgão da área médica chefiado por Maria Prolla. Depois de um curto período, que não chegou a completar um ano, por divergências com a direção do hospital, o grupo inteiro da psicologia foi demitido, havendo a extinção do serviço. Os motivos que levaram a essa dissolução ainda hoje são controversos. Enquanto algumas entrevistadas procuraram não fornecer detalhes por questões éticas (não terem como provar suas conclusões), outras falam abertamente sobre o ocorrido.

Convém fazermos alguns apontamentos acerca da realidade da Psicologia Organizacional desde seu nascimento até meados da década de 1970, período em questão, e que podem fornecer subsídios para o entendimento do modo de inserção das profissionais nesse momento inicial do HCPA. Também se faz necessário examinar o momento histórico pelo qual o país atravessava naquela época.

3.2.1 Aspectos Históricos da Psicologia Organizacional

Zanelli e Bastos (2004) discorrem sobre as origens da Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT), traçando um paralelo entre os acontecimentos internacionais e seus reflexos no Brasil. Os autores referem que o aparecimento da POT está associado à crescente industrialização que ocorreu nos países dominantes do cenário ocidental no fim do século XIX, início do século XX. Nesse sentido, a busca de critérios e procedimentos de avaliação e seleção de empregados para as indústrias em expansão, e de militares para os exércitos fez com que métodos e teorias tivessem seus primórdios na área. Identificado como o primeiro compêndio da área, *Psychology and Industrial Efficiency* publicado em 1913 por Hugo Münsterberg, já demonstrava interesse particular pelas atividades que viriam a se tornar as mais características da psicologia aplicada ao trabalho: a seleção de pessoal e o uso de testes psicológicos a fim de melhor ajustar as pessoas aos cargos. Anos mais tarde, durante as duas grandes guerras mundiais, os testes psicológicos foram amplamente utilizados na seleção de recrutas, sendo essa época citada como um marco do nascimento da psicotécnica (Zanelli & Bastos, 2004).

No Brasil, a psicologia aplicada ao trabalho surge nas duas primeiras décadas do século XX por meio da aplicação de testes psicológicos com a finalidade de selecionar empregados, especialmente nas ferrovias. Zanelli e Bastos (2004) destacam que a crença

na aplicação de testes psicológicos com o objetivo de aumentar a produtividade das empresas impulsionou o campo de atuação da psicologia como um todo. Dessa forma, a psicologia, mesmo sendo uma jovem ciência, passou a figurar entre as disciplinas que forneciam apoio e legitimidade aos métodos administrativos e suas correspondentes práticas. Deste modo, quando ela foi reconhecida legalmente em 1962, o campo aplicado ao trabalho já estava consolidado.

Até as décadas de 1960, pelo menos, a seleção de pessoal foi uma das principais atividades dos psicólogos (senão a principal), havendo um crescimento de interesse pela área de treinamento. A partir dos dados de um estudo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 1988, Zanelli e Bastos levantaram algumas conclusões pertinentes à área organizacional: 1) A utilização de um forte viés tecnicista na atuação frente aos problemas organizacionais (o psicólogo seria visto como agente de reprodução de sistema); 2) O domínio das atividades de recrutamento e seleção via utilização de testes psicológicos constituía o traço mais característico dessa atuação limitada; 3) O psicólogo organizacional não se diferenciava efetivamente de outros trabalhadores que se submetem a um trabalho fragmentado e que não possuem uma visão da totalidade do contexto em que se inserem. Faltava-lhe, portanto, uma visão mais clara do produto final de seu trabalho.

3.2.2 Momento Histórico do País

Entre 1964 e 1985, período no qual se insere a história das atividades psicológicas no HCPA, o Brasil viveu sob a autoridade de um regime militar que se caracterizou pela falta de democracia, pela supressão de direitos constitucionais, pela censura, perseguição política e repressão. Nem mesmo a Psicologia foi poupada. Por exemplo, em 1965 o Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília foi dissolvido. Após a demissão de nove professores de diversos cursos, mais de 200 professores (ou seja, mais de 90% do corpo docente) pediram demissão. Dos professores de psicologia em exercício, apenas um permaneceu no cargo (Todorov, 2005).

O HCPA é um órgão do governo Federal (vinculado ao Ministério da Educação), tendo na época, portanto, ligações diretas com o militarismo. Inclusive, um dos postos mais altos da direção do hospital foi ocupado por um militar (pelo Coronel Leonel Carvalho de Oliveira, que foi vice-presidente administrativo). A lógica do uso do poder e a repressão de alguma maneira eram reproduzidas na instituição, e não tinha como ser diferente.

3.2.3 Primeira Destituição do Setor de Psicologia Organizacional (1976)

O serviço de psicologia organizacional do HCPA foi destituído por duas ocasiões em pouco mais de cinco anos. A primeira vez em que ocorreu a demissão de todas as psicólogas está intimamente relacionada com a falta de visão por parte dos psicólogos da totalidade do contexto em que se inseriam, como o destacado por Zanelli e Bastos em suas conclusões sobre a prática da psicologia organizacional entre as décadas de 1970 e 1980. Trata-se de um episódio que ainda desperta sentimentos diversos nas protagonistas.

Os motivos que levaram a extinção do serviço de psicologia podem ser encontrados na maneira como a psicologia (aqui de forma específica a organizacional) era pensada naquela época, ou seja, que era a detentora de todo o saber e detinha palavra final na contratação de um funcionário. Naquela ocasião, em meados de 1976, ocorria uma situação dúbia: enquanto os psicólogos eram contratados para trabalharem no HCPA por convites ou indicações (ou seja, sem a necessidade de se submeterem a um processo seletivo), a maioria dos trabalhadores (exceto a área médica) precisava se submeter aos processos de seleção orientados por essas psicólogas. Só eram aceitos aqueles que preenchessem todos os requisitos e levassem um parecer “Aprovado” ou “Aprovado com Restrições”. Nesse sentido, as psicólogas procuravam fazer com que sempre a palavra final de uma contratação partisse de seus pareceres. Ocorreu numa ocasião que um candidato indicado por funcionários da direção do HCPA não foi aprovado nos testes psicológicos, sendo considerado “inapto” para o cargo. Mesmo assim a direção pressionou o serviço para que contratasse tal pessoa. Foi aí que começou uma queda de braço entre a direção do hospital e as psicólogas organizacionais, o que culminou com a demissão das psicólogas e a conseqüente destituição do setor de recrutamento e seleção.

Encontram-se algumas divergências quanto ao ponto de vista de quem detinha o poder decisório na contratação de pessoal, o que de alguma forma fornece pistas para se pensar nos problemas que levaram à demissão e ao fechamento do serviço de psicologia. Por exemplo, uma das entrevistadas procura deixar claro a todo o momento que a política de seleção de pessoal nos primórdios do hospital incluía a opinião da chefia direta do candidato. Em contraste, outra entrevistada descreveu a postura da psicologia como mais centralizadora, colocando o resultado das entrevistas e testagens como decisivo para a contratação ou não de um candidato. Ou seja, apesar de consultar as chefias, a psicologia teria a palavra final na escolha ou não dos candidatos. Tal postura teria entrado em atrito com postos mais elevados da hierarquia da instituição, fazendo com que o grupo fosse desligado do hospital.

A postura inflexível de uma psicologia que se julgava dona da verdade, somada à oposição frente uma decisão da direção do hospital, dentro da conjuntura política que estava instalada no país, não poderia chegar a resultado diferente. No momento em que as psicólogas foram contra uma decisão da administração, dentro do contexto histórico que estava sendo vivenciado, estavam indo contra as idéias e convicções da instituição e da política em vigor. E essa contestação não poderia passar em branco, pois poderia, inclusive, servir de mau-exemplo para outros grupos. A demissão em massa das psicólogas foi o desfecho natural da celeuma ora instalada.

Após esse episódio, durante aproximadamente meio ano, o hospital ficou sem um serviço de seleção formado por psicólogos. Durante esse período administradores assumiram essa função. Passados então seis meses (já em 1977), Yolanda relatou que voltou ao HCPA para pedir uma carta de recomendação ao presidente do Hospital, Dr. Mário Rangel Ballvé. Este, porém, decidiu recontratá-la, dando início a um novo período da psicologia no HCPA.

Em sua volta, Yolanda contou com uma nova equipe de trabalho, uma vez que as antigas colegas já se encontravam trabalhando em outros locais. Havia mais três psicólogas, cada uma delas ficava responsável por um seguimento, sejam eles: avaliação de desempenho, treinamento e seleção de pessoal. Além das psicólogas, havia também uma recrutadora. Durante aproximadamente cinco anos, esse grupo continuou trabalhando junto.

3.2.4 Segunda Destituição do Setor de Psicologia Organizacional (1981)

Após o retorno de Yolanda e a reconstituição do setor de psicologia ligado ao departamento de recursos humanos, o serviço continuou funcionando apenas por alguns anos (entre quatro e cinco anos). Nesse retorno, novas psicólogas foram contratadas, entre elas Jeanette Casperly e Viviane Ziebell de Oliveira. Segundo uma das entrevistadas, nessa época a contratação das psicólogas começou a se dar de forma semelhante à de outros cargos, ou seja, através de um processo seletivo envolvendo entrevistas com a coordenadora do serviço (Yolanda) e com o vice-presidente administrativo do HCPA (Cel. Leonel Carvalho de Oliveira). Também nessa época o serviço já não era mais ligado à vice-presidência médica, e não mais se submetia ao Departamento de Recursos Humanos, tendo ligação direta com a vice-presidência administrativa. Segundo a percepção de Jeanette Casparly (uma das psicólogas entrevistadas), essa situação possibilitava uma maior liberdade para o exercício profissional das psicólogas. Nessa época começou a diversificação das atividades da Psicologia Organizacional. Por exemplo, houve a

introdução de Dinâmicas de Grupo direcionadas ao treinamento de relações humanas, cuja responsabilidade ficava a cargo de Viviane de Oliveira. Tais atividades consistiam de grupos, montados a partir da indicação das chefias, nos quais eram trabalhados aspectos de relacionamento no trabalho, dificuldades de inserção, etc.

A segunda destituição do serviço de psicologia organizacional começou a se dar na transição da presidência do Hospital no fim da era militar que vigorava no país. Com a saída do Dr. Ballvé (1976-1979) e a entrada do Dr. Lorenzo Brentano (1980-1983), houve a contratação do trabalho de administradores que realizavam uma técnica conhecida como Organizações e Métodos (representada pela sigla O&M).

O trabalho de O&M, bastante comum na área da administração, consiste numa análise organizacional com o emprego de uma metodologia de levantamentos, análises, desenvolvimento e implantação de métodos administrativos que buscam a otimização e a racionalização dos processos e recursos envolvidos na instituição. Entre os objetivos da O&M apontados por Colenghi (2003) está o de identificar os pontos críticos e falhos da organização e a proposta de soluções. Com isso, busca-se a melhoria contínua, através, por exemplo, da simplificação do fluxo de trabalho, do evitamento de desperdícios e conseqüente aumento de produtividade.

No caso específico do HCPA, os resultados encontrados pelos administradores de O&M apontavam para um excesso de pessoal nas atividades de recrutamento e seleção. Para concluir a otimização de processos e mão-de-obra, o serviço de psicologia foi novamente desmembrado. A proposta foi de que apenas uma psicóloga ficasse encarregada pelo setor. Dessa forma, apenas permaneceu no cargo a psicóloga Yolanda, que contava com o auxílio de uma estagiária (Maria Regina Ortiz). Enquanto as outras psicólogas foram demitidas, uma delas – Viviane - passou para a área clínica (Obstetrícia) que há pouco tempo havia sido inaugurada. A percepção que perdura das psicólogas envolvidas foi a de que o serviço foi “destruído” sem maiores explicações e sem fornecerem alguma satisfação convincente às envolvidas no processo.

Ainda no processo de reestruturação, o setor de psicologia (composto agora por uma única psicóloga e uma estagiária) foi anexado e subordinado ao departamento de Recursos Humanos, ambos ligados à vice-presidência administrativa. Devido a essas mudanças e à conseqüente perda de autonomia, a única psicóloga mantida em seu cargo (Yolanda) preferiu pedir demissão, ficando em seu lugar, responsável pela seleção de funcionários, uma aluna estagiária que anos mais tarde viria a se tornar chefe do serviço de psicologia: Maria Regina Ortiz.

Maria Regina relata que na ocasião em que Yolanda deixou o hospital ela cogitou sair também, mas o responsável pelo setor de recursos humanos pediu que ela permanecesse no local até a contratação de uma nova profissional. Sua supervisora acadêmica da PUCRS na época também a aconselhou a permanecer na instituição na tentativa de preservar o local da psicologia, pois sua saída determinaria, mais uma vez, a ausência de qualquer profissional da área nesse setor. Dessa maneira, por se tratar de uma estudante em formação, e não uma profissional, a PUCRS exigiu que, para que a aluna pudesse dar continuidade às suas atividades, era necessária a supervisão de um psicólogo. Foi aí que a administração do HCPA providenciou a contratação de uma psicóloga externa ao hospital para que supervisionasse a estagiária, enquanto uma nova profissional era procurada para assumir a área.

Passados alguns meses, Maria Regina conclui a graduação em Psicologia e foi convidada a permanecer no HCPA, agora como profissional contratada. Ao aceitar o convite, passou a integrar o quadro de funcionários a partir do início de 1982. Em pouco tempo, Maria Regina chegou ao cargo de chefia do “Serviço de Recrutamento, Seleção e Treinamento”, que contava também com um recrutador e uma secretária. Nessa mesma época, a psicóloga passou a atuar junto à presidência do HCPA e posteriormente ao Ministério de Educação e Cultura (MEC), prestando um serviço de assessoria quanto às metas e objetivos a serem tomados pelo hospital.

Em 1986, com a configuração do Serviço de Psicologia, como veremos posteriormente, houve uma troca. Maria Regina passou a atuar junto à área clínica na pediatria, enquanto Ana Lúcia Duarte, que havia sido a primeira psicóloga contratada para atuar na internação, nesse momento ocupando o papel de chefe do recém constituído Serviço de Psicologia, passou a atuar na área organizacional. Ana Lúcia conta que trabalhando nesse setor se deu conta de que a demissão das psicólogas organizacionais e a desestruturação do serviço de seleção de pessoal anteriormente constituído se deram por questões de poder. Ou seja, a cultura na qual aquelas mulheres haviam se formado profissionalmente lhes ensinara um modo de fazer seleção dentro de padrões rígidos (por exemplo, enquadrando os candidatos em perfis “Aprovados”, “Não Aprovados” e “Aprovados com Restrições”), mas o HCPA, como grande parte das instituições, trabalhava muitas vezes com uma lógica diferente, de indicações de pessoas (parentes ou não) pela direção e outros setores do hospital. Era necessária uma outra forma de encarar as seleções, que respeitasse sim o trabalho das psicólogas, mas que essas entendessem que outros aspectos também estavam em jogo naquele momento. Ana Lúcia relata que nesse período em que esteve frente à Psicologia Organizacional, tentou descaracterizar a

visão de que as psicólogas detinham o poder de escolha e/ou contratação dos funcionários. Nesse sentido, passou a dividir esse “poder” com os chefes imediatos e coordenação dos futuros funcionários, independente se as pessoas que estavam sendo contratadas eram as mais indicadas ou não. Atualmente esse problema referente à indicação de candidatos não existe mais, uma vez que desde meados de 1990 os trabalhadores são contratados através de um Processo Seletivo Público, que consta da aplicação de provas objetivas e de títulos. Mesmo assim, durante algum tempo a psicologia continuou ligada a essa nova forma de seleção do hospital, realizando a avaliação psicológica dos candidatos aprovados no concurso. Porém, em 1993 o Psicotécnico foi abolido do concurso por uma decisão judicial que determinou que o processo seletivo do hospital não poderia contar com nenhuma etapa que tivesse por característica a avaliação de critérios subjetivos. Essa resolução extinguiu as atividades de seleção por parte das psicólogas. Após essa decisão, as profissionais mudaram seu enfoque dentro da instituição, mudando inclusive o nome da área, de Psicologia Organizacional, para Psicologia do Trabalho, a qual focaria mais as questões relacionadas à saúde do trabalhador, e as relações de trabalho estabelecidas.

3.3 Psicologia Clínica no HCPA

3.3.1 Avaliação Psicológica Ambulatorial

Por volta de 1977, paralelamente aos acontecimentos envolvendo o serviço de psicologia organizacional, tinha início no HCPA os trabalhos de psicologia clínica. Dois anos antes, Sílvia Molina, argentina recém chegada de seu país, fazia um estágio na Unidade Melanie Klein do Hospital São Pedro (HSP), em Porto Alegre, com vistas à revalidação de seu diploma no Brasil. No HSP, Sílvia trabalhava junto à equipe de psiquiatria infantil. Também participavam desse grupo, entre outros profissionais, duas assistentes sociais que trabalhavam no HCPA: Esalva Silveira e Regina Carvalho. Essas profissionais teriam começado a participar dos encontros da equipe de psiquiatria do HSP para complementar seu trabalho no Hospital de Clínicas. Foi a partir do contato das assistentes sociais com Sílvia, que nasceu o convite para que ela viesse a trabalhar no HCPA. Assim que ela concluiu a revalidação de seu diploma, em 1977, ingressou no hospital. Como não havia nenhuma outra psicóloga clínica na instituição e o serviço que ia prestar era diferente das atividades organizacionais das demais profissionais, ela começou seus trabalhos ligada ao Serviço Social. Sílvia foi contratada para trabalhar junto aos ambulatórios de pediatria e neuropediatria, fazendo as avaliações das crianças que eram

encaminhadas para diagnóstico. Eventualmente realizava psicoterapia, apesar desta não ser sua função específica. Sua função era a realização de diagnósticos e psicodiagnósticos.

Segundo a psicóloga, seu referencial teórico sobre o desenvolvimento infantil era a epistemologia genética de Jean Piaget. E como estava inserida em um ambiente biomédico, precisava de medidas objetivas para apresentar aos médicos os resultados de suas investigações. Dessa forma, costumava realizar as avaliações cognitivas das crianças através de testes como o WISC (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças).

Sílvia relata que uma de suas maiores frustrações no trabalho desenvolvido no HCPA era a impossibilidade de se efetivar um encaminhamento adequado para as crianças que atendia, seja por falta de recursos do próprio hospital (equipe restrita a profissionais da pediatria, neuropediatria e serviço social – lembrando que a atuação de Sílvia se restringia aos ambulatórios), seja por falta de recursos da comunidade. Ela relata inclusive, que na época houve tentativas de contratação, pelo hospital, de psicopedagogas e fonoaudiólogas, mas que isso não se concretizou.

Devido a essas dificuldades na execução do seu trabalho, Sílvia tentou durante algum tempo trabalhar junto aos bebês internados na UTI. Com isso ela procurava tornar mais efetiva sua atuação junto aos pacientes e familiares. Ela relata que durante um ano inteiro fez diversas tentativas de entrar na UTI Neonatal, freqüentando reuniões com médicos e expondo seu projeto de atuação, no entanto, não conseguiu alcançar seu objetivo. Nessa época, por volta de 1980, decidiu se desligar do HCPA. Um pouco antes, percebendo a falta de recursos na comunidade, Sílvia havia fundado com outros profissionais o Centro Lydia Coriat em Porto Alegre. Assim pôde dar continuidade ao tratamento que tentava, sem sucesso, oferecer às crianças não atendidas no HCPA.

3.3.2. Psicologia Clínica na Internação

Ana Lúcia Saldanha Duarte, formada pela PUCRS em 1977, foi a primeira psicóloga clínica a trabalhar na internação do HCPA. Ela foi contratada para atuar na Pediatria, e relatou que sua entrada no HCPA se deu por indicação em abril de 1979, época em que essa unidade estava em construção. Uma vez que a pediatria estava sendo planejada para se constituir como uma unidade modelo desde sua abertura, era fundamental ter em seu quadro de funcionários uma profissional da psicologia, além, da equipe básica constituída de médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc. A profissional deveria estar presente nessa unidade com o intuito de dar conta dos aspectos psicológicos envolvidos na internação de crianças e, conseqüentemente, prestando um apoio aos pais.

Apesar de sua contratação se efetivar em abril de 1979, a Pediatria do HCPA só abriu suas portas em outubro daquele mesmo ano. Nesse sentido, nos primeiros meses de seu contrato, Ana Lúcia ficou vinculada à equipe da Psicologia Organizacional, até poder dar início a suas atividades na internação. Alguns meses após a contratação de Ana Lúcia, outra psicóloga foi chamada para integrar o quadro do HCPA e se vincular a uma unidade que também estava prestes a ser inaugurada. Ligia Schermann, que recém havia se formado na UFRGS, foi então contratada para atuar junto a Obstetrícia (que abriu em maio de 1980), e seu percurso inicial foi semelhante ao de Ana Lúcia: uma vez que a unidade demorou alguns meses para ser inaugurada, ela ficou vinculada inicialmente ao grupo da Psicologia Organizacional, realizando atividades relacionadas àquela área em conjunto com as outras colegas, enquanto planejava o serviço que iria prestar para sua unidade.

Curiosamente, embora a idéia de contar com uma profissional da psicologia na unidade de Pediatria tenha sido anterior à sua inauguração, a psicóloga não contava com um espaço para suas atividades. A sala utilizada para os atendimentos era emprestada pela enfermagem, imprópria para atendimentos, por exemplo, de crianças em cadeiras de rodas, que não conseguiam entrar na sala. Essa situação demonstra o despreparo e mesmo o desconhecimento do que seria, ou deveria ser, a atuação de um psicólogo numa internação hospitalar. Mas esse desconhecimento não vinha somente de parte dos outros profissionais, mas também da própria psicologia. Segundo Ana Lúcia, seu despreparo era naturalmente muito grande. Suas principais estratégias no sentido de desenvolver atividades coerentes com o espaço foram se dedicar à leitura de livros de psicanalistas argentinos, abundantes no Brasil na época, e trocar experiências com outras colegas que também estavam começando o trabalho em outros hospitais na região, por exemplo, no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. O relato de uma das entrevistadas é bem ilustrativo quanto a essas dificuldades:

Hoje tu trabalha com observação de bebês, mas na época eu não tinha idéia. Eu sabia que era uma coisa importante, então eu fazia as mães entrarem na unidade de neonatologia e botarem as mãos nos bebês, dentro do berço aquecido ou dentro da incubadora. Eu achava que aquilo era uma coisa importante, não tinha muito bem a idéia, digamos, dos métodos científicos, porque eu também não sabia se aquilo era realmente algo que era científico. No momento não existia nada escrito aqui na época, né? Então a gente um pouco ia em cima do ensaio e erro. Muita coisa não ficou escrita por isso, porque a gente tinha dúvida: será que a gente tá fazendo certo ou não?

Os relatos demonstram exatamente como era a falta de referenciais sobre a prática a ser desenvolvida. Percebe-se que a profissional entendia que o serviço a ser oferecido não deveria se resumir ao atendimento clínico, pois isso seria a “transposição da clínica para o hospital”. Era necessário oferecer algo mais, tanto para a equipe de saúde, quanto para os pacientes, mas não se sabia muito bem o quê realmente se devia oferecer. Tentativas eram realizadas, utilizando-se de referenciais teóricos da época (por exemplo, sobre o desenvolvimento infantil e relação mãe-bebê), mas não havia muita clareza sobre onde iriam chegar. Como descreveu a entrevistada, as experiências eram baseadas em “tentativa e erro”. Uma vez que a maioria dos profissionais que atuavam na área da psicologia hospitalar estava começando na mesma época, e pouco publicavam a respeito do trabalho que estavam desenvolvendo, ainda não havia referenciais específicos sobre essa prática.

Quanto aos aspectos relacionados à recepção por parte da equipe e à experiência profissional, Ligia relata uma experiência diversa. Enquanto na pediatria a equipe formada não tinha experiência com o trabalho da psicologia, e, portanto, tinha pouco conhecimento do que poderia esperar da profissional, parte da equipe que compôs a unidade da Obstetrícia era oriunda da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, e naquele hospital já contava com uma psicóloga (Marilene Marodin) na sua formação há algum tempo. A própria Ligia participava de um grupo de estudos naquele hospital, tendo conhecimento do trabalho que vinha sendo desenvolvido com sucesso. Além disso, Ligia começava seus estudos para o mestrado na PUCRS, cujo tema foi depressão pós-parto e gestação de risco, estando alinhados com a atividade que iria desenvolver na obstetrícia. Esses fatores a auxiliaram no momento de propor um trabalho de intervenção, pois se tratava de uma equipe que já conhecia as possibilidades do trabalho psicológico e seus resultados.

Também com relação ao espaço físico destinado à psicóloga, a unidade de Obstetrícia se mostrou mais preparada para receber a profissional. Enquanto na Pediatria a sala para atendimentos psicológicos era emprestada pela enfermagem, na Obstetrícia havia uma sala destinada à psicologia que depois de algum tempo passou a ser utilizada também por Ana Lúcia, e funcionou como o embrião do Serviço de Psicologia constituído posteriormente. Apesar das diferenças na inserção em suas respectivas unidades, uma semelhança aproximava as duas psicólogas: o trabalho solitário. Cada uma atuava em sua unidade, não havendo interação e troca de experiências no dia-a-dia da instituição. Os encontros eram casuais e esporádicos e não tinham o objetivo de discutir o trabalho desenvolvido.

Como já destacado, a experiência prévia de Ligia, tanto no grupo de estudos que freqüentava na Santa Casa, quanto relacionada à sua pesquisa no mestrado, a deixaram

mais tranqüila na hora de propor intervenções na unidade de Obstetrícia, pois era uma realidade que ela já tinha algum conhecimento. Nesse sentido, suas primeiras atividades foram a realização de um grupo de puérperas e outro de gestantes de alto risco. Tais grupos eram multidisciplinares e contavam com enfermeiras, um obstetra, um residente de pediatria e outro de obstetrícia, além da psicóloga. Todas as mães que tinham seus bebês no HCPA passavam então por esse grupo, que tinha objetivos educacionais (ensinar as mães sobre os cuidados com os bebês) e profiláticos (na prevenção de doenças e acidentes). A escolha pela realização de grupos se deu devido à possibilidade de atender um número maior de pessoas em um curto espaço de tempo, o que seria inviável de ser feito individualmente pela alta rotatividade de pacientes e do tempo de internação, que variava entre dois e cinco dias.

A partir de seu interesse prévio a respeito do desenvolvimento de crianças nascidas de gestações de risco, Ligia também realizava um trabalho com mães que tinham seus filhos internados na UTI Pediátrica, procurando observar a repercussão na família, principalmente nas mães, do nascimento de um bebê com risco de morte. Tais atividades consistiam basicamente de um trabalho educativo, de orientações quanto à gestação e cuidados com bebês, além de mediações na relação entre pacientes e médicos, por exemplo. O trabalho era centrado em cima da experiência de ser mãe, das dificuldades que elas estavam encontrando no manejo com os bebês, nas dúvidas e na demanda das mães de orientações médicas.

Nesse período, poucos atendimentos individuais eram realizados, pois a psicóloga sozinha não daria conta da demanda. Os poucos atendimentos individuais que aconteciam tinham como referencial a psicoterapia breve, que foi uma modificação na técnica psicoterápica para se adequar ao *setting* hospitalar. Posteriormente, com a entrada dos estagiários da graduação, os atendimentos individuais passaram a ser realizados com mais frequência. Ligia trabalhou no HCPA entre 1980 e 1981, saindo para realizar seu doutorado na PUC de São Paulo. Em seu lugar na obstetrícia, ficou a psicóloga Viviane de Oliveira.

Viviane já havia atuado no HCPA como estagiária no setor de Psicologia Organizacional entre 1977 e 1978, sob a supervisão de Yolanda Haetinger. Ao concluir sua graduação, deixou o hospital, mas alguns meses depois foi convidada pela antiga supervisora a retornar ao HCPA, dessa vez como psicóloga contratada para continuar atuando junto ao serviço de seleção, o que se deu em dezembro de 1979. Viviane não permaneceu nesse cargo por muito tempo, pois em menos de um ano já havia sido convidada por Ligia a assumir a vaga que ela estava deixando na Unidade de Gineco-

Obstetrícia. Viviane transferiu-se para a psicologia clínica pouco antes do setor de psicologia organizacional sofrer sua segunda destituição, já mencionada.

Segundo Viviane, apesar de na época do convite não ter uma experiência considerada por ela satisfatória para o cargo, aceitou o desafio. No início, Viviane deu seguimento às atividades já desenvolvidas por Ligia e aos poucos foi expandindo a atuação da psicologia para outros setores, juntamente com Ana Lúcia, que nessa época já dividia com ela a sala destinada à psicologia na Unidade de Gineco-Obstetrícia. Apesar do espaço físico comum, ambas continuavam suas tarefas de maneira solitária, cada uma em sua unidade de atuação.

Um dos referenciais teóricos disponíveis na época para o trabalho desenvolvido junto à unidade de Gineco-Obstetrícia eram os livros de Maria Tereza Maldonado, psicóloga do Rio de Janeiro, que no início da década de 1970 escrevia sobre questões relacionadas à gravidez, maternidade e mesmo sobre a relação médico-paciente em ginecologia e obstetrícia. Entre os diversos aspectos contemplados em seus escritos, a autora enfatizava a importância do trabalho conjunto de psicólogos e obstetras no pré e pós-natal; analisava as inter-relações de fatores somáticos e psicológicos durante gravidez, parto e puerpério e o impacto na dinâmica familiar.

Com o passar do tempo, o hospital, que ainda se encontrava em construção, ia abrindo novas unidades, e essas também acabavam requisitando o trabalho da psicologia. Por exemplo, em abril de 1984 ocorreu a abertura da unidade de internação psiquiátrica do HCPA. Até então, as atividades do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS aconteciam na Divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ana Lúcia foi então a primeira psicóloga a atuar junto aos pacientes psiquiátricos adultos no HCPA. Pouco tempo depois a unidade foi assumida por uma nova psicóloga, Heloísa Kieffer, que teria sido contratada para trabalhar com avaliação psicológica daqueles pacientes.

Na mesma época Viviane passou a atuar também no ambulatório de psiquiatria infantil, tendo como objetivo a realização de psicodiagnósticos. Após esse período, pela constatação da demanda existente, fez-se necessária a abertura de um outro ambulatório, este tendo como finalidade a realização de psicoterapia infantil.

3.3.3 Estágios na Psicologia Clínica

A justificativa da abertura de um ambulatório de psicoterapia infantil, além da necessidade de atender uma demanda existente, se deu para atender uma exigência das faculdades de psicologia, pois naquele momento (1983), o hospital estava abrindo espaço

para o estágio em psicologia clínica. Para efetivar o convênio entre as universidades e o HCPA, o programa de estágio não poderia se restringir à realização de psicodiagnósticos, ou seja, os alunos precisavam contar com a experiência de realização de psicoterapia. Viviane relatou que a abertura de estágios obedeceu a uma determinação política do hospital, que exigiu que as psicólogas se enquadrassem no espírito acadêmico do hospital e passassem a contar com estagiários.

Pelo vínculo acadêmico existente entre o Hospital e a UFRGS, num primeiro momento as vagas para estágio na psicologia foram abertas exclusivamente para os alunos dessa Universidade. Porém, somente uma aluna da psicologia da UFRGS (Marta D'Agord), se candidatou, o que ocasionou a abertura das vagas restantes para estagiários de outras universidades (PUC e Unisinos). Os candidatos das outras instituições compareceram em peso à seleção (até por serem em número bem superior aos alunos da UFRGS), e além deles, muitos outros chegavam por indicação de parentes (principalmente médicos) que atuavam no HCPA.

Devido a essa grande demanda na procura por estágios de Psicologia no HCPA, Viviane relatou que durante alguns semestres foi necessária a realização de um pequeno “vestibular” para o ingresso na instituição, com a aplicação de provas teóricas. Apenas eram entrevistados aqueles que acertassem um mínimo de questões na prova.

Na primeira seleção de estagiários, apenas Ana Lúcia e Viviane estavam trabalhando na área clínica, e cada uma delas passou a contar com duas estagiárias. Marta D'Agord foi selecionada para atuar junto aos pacientes da cirurgia pediátrica, sob a supervisão de Ana Lúcia e iniciou suas atividades em março de 1984. Junto com ela, entraram mais três estagiárias, duas da PUC e uma da Unisinos. As primeiras atividades de Marta no estágio foram atendimentos nos ambulatórios da cirurgia pediátrica e na internação, além da participação nas reuniões da equipe. Marta trabalhava com as crianças realizando hora do jogo, e com os pais através da realização de entrevistas. Ela relata que o objetivo era trabalhar as ansiedades pré-cirúrgicas das crianças, ou seja, um trabalho com foco bem definido, que era a situação pela qual a criança passaria em breve no hospital: a intervenção cirúrgica. Ela ainda relata que a orientação teórica utilizada era psicanalítica de base Kleiniana.

Uma vez que a entrada de estagiários de psicologia na internação era uma atividade nova, e as psicólogas contratadas eram as responsáveis pelo desempenho dessas alunas, Marta relatou que percebia certa cobrança quanto ao desenvolvimento de um bom serviço, e quanto à manutenção de uma “boa imagem” da psicologia frente às equipes e pacientes atendidos. Além de consolidar o lugar que já tinham conquistado, era necessário atingir

novos espaços, e nessa tarefa o desempenho das estagiárias era importante. A preocupação em “fazer a coisa certa” e “manter a imagem” era bem justificada. As duas psicólogas conheciam a história de destituições do setor de Psicologia Organizacional. Há pouco tempo tinham presenciado o segundo desmanche, e não queriam que aquela experiência se repetisse. Era uma forma de demonstrar que aprenderam com os fatos passados e queriam preservar o lugar da psicologia naquela instituição.

3.3.4 Sobre a Distância entre o Curso de Psicologia da UFRGS e a Psicologia do HCPA:

Apesar de o HCPA ser o hospital escola da UFRGS, o setor de psicologia da instituição nunca teve nenhuma vinculação com o curso de graduação da UFRGS, inaugurado em 1973. Essa falta de relação pôde ser observada no momento em que o hospital abriu o programa de estágio em psicologia para os alunos da Universidade e somente uma aluna demonstrou interesse. A grande maioria dos estudantes só queria trabalhar em clínica psicanalítica tradicional, o que naquela época era oferecido tanto pela Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, quanto por uma Clínica dirigida pelo professor José Luiz Caon em Gravataí. Dessa forma, a maioria dos alunos não se interessava por estágios onde não fosse oferecido esse tipo de atendimento clássico e tradicional.

Marta foi a única aluna naquele ano a se candidatar ao estágio de psicologia clínica no HCPA. Segundo ela, seria importante para seu futuro profissional a experiência de trabalho em hospital, área que estava em crescimento. A experiência em clínica psicanalítica tradicional ela poderia adquirir mais tarde em outros lugares, como realmente veio a ocorrer. Atualmente, Marta é psicanalista, professora doutora do Curso de Psicologia da UFRGS, vinculada ao Departamento de Psicanálise e Psicopatologia. Além disso, outro motivo que a levou ao HCPA foi a possibilidade de conhecer novos profissionais, novas formas de atuar, pois se realizasse o estágio na Clínica da UFRGS conviveria com os mesmos profissionais que já tinham sido ou seriam em breve seus professores no curso.

Outros são os aspectos que podem ser sugeridos para explicar a distância entre as instituições: as duas psicólogas que atuavam naquela época no HCPA não haviam realizado suas formações na UFRGS, e sim na PUC, ou seja, elas também não tinham um histórico de ligação com a UFRGS. No entendimento de Marta, embora o HCPA seja o hospital-escola da UFRGS, assim o era para a formação de médicos, não para a formação de psicólogos. E a falta de vinculação das próprias psicólogas, que não eram professoras da

Universidade, como eram – e continuam sendo - muitos dos médicos, auxiliava esse distanciamento.

A experiência de ter uma aluna da UFRGS realizando estágio no hospital poderia ter contribuído para a aproximação das duas instituições, porém o que aconteceu foi exatamente o contrário, contribuindo cada vez mais para a separação: Marta não contou com supervisão acadêmica em nenhum momento de seu estágio. Enquanto a supervisora que seria responsável pelo seu estágio (Vera Zimmerman) estava gozando sua licença maternidade, o professor que a substituiria (José Luiz Caon)³ se negou a supervisioná-la por não ter experiência com atendimentos em hospitais. Dessa forma, Marta realizou seu estágio sem contar com supervisão acadêmica. Quando ela concluiu suas atividades, nenhum outro aluno da UFRGS havia procurado o hospital para realizar seu estágio.

Embora, ultrapassando o período da pesquisa, cabe informar que a aproximação entre o curso de Psicologia da UFRGS e o HCPA passou a ocorrer, finalmente, através da disciplina eletiva de Psicologia Hospitalar, ministrada no curso de graduação. Essa disciplina é oferecida desde 1993, iniciando como uma atividade de prática didática do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS, proposta pela então mestrande e psicóloga do HCPA Viviane Ziebell de Oliveira. Desde então, as aulas e as atividades ocorrem nas dependências do HCPA e a ênfase pedagógica é proporcionar a apropriação do conhecimento hospitalar pela convivência com as variadas situações e seus atores: pacientes, familiares e profissionais. A possibilidade de entrar em contato direto com pacientes é um dos fatores que mais chamam a atenção dos estudantes (principalmente aqueles que estão nos primeiros semestres do curso e ainda não realizaram nenhum tipo de estágio curricular). Essa aproximação tem aumentado gradativamente o interesse dos alunos pela área da psicologia hospitalar e, por conseguinte o número de estagiários da UFRGS no hospital.

3.3.5 A Configuração do Serviço de Psicologia do HCPA

De acordo com o que vem sendo exposto, percebem-se alguns fatores antecedentes que podem ter influenciado a criação de um Serviço independente de Psicologia, visando reunir todas as psicólogas atuantes no hospital: a fragilidade até então apresentada pela psicologia (representada pelas duas destituições anteriores); o isolamento das profissionais que não permitia uma articulação satisfatória entre elas (cada uma atuando em unidades diferentes e sob chefias diferentes); e o momento histórico vivido tanto pela política do país, quanto pela profissão.

³ Anote-se, por curiosidade, que Marta é atualmente casada com José Luiz Caon, com quem tem um filho.

Como já mencionado, a história prévia de perda de espaço dentro da instituição, ocorrida em dois momentos distintos, serviu de alerta para as profissionais que chegaram depois no hospital. Era necessária uma maior interação entre elas, e era necessário zelar pelo novo espaço conquistado. Ana Lúcia relatou ficar muito chocada com a demissão das colegas assim que entrou no hospital, e para evitar que tais acontecimentos se repetissem, ela começou a articular com as outras psicólogas a possibilidade de criação de um Serviço de Psicologia que as reunisse sob uma mesma jurisdição. Era necessário criar uma identidade da psicologia dentro do hospital, algo que as unisse em torno de um fim comum. E essa unidade era a formação profissional, independente da área de atuação: clínica ou organizacional.

Além disso, a constituição de um grupo daria representatividade para a psicologia frente aos outros profissionais e mesmo frente à direção do hospital, inclusive na hora de poder pleitear novas vagas para psicólogos, uma vez que várias haviam sido perdidas com as demissões anteriores. A criação de um serviço próprio das psicólogas também traria uma identidade, uma autonomia e uma independência das outras classes que compõe o trabalho em um hospital. Também configuraria um centro de custos próprio para a compra de material. Até então, quando as psicólogas precisavam adquirir testes psicológicos, por exemplo, precisavam pedir a outros profissionais.

Em 1986, na presidência do Dr. Carlos César de Albuquerque, depois de serem realizadas todas as articulações políticas necessárias, o Serviço de Psicologia foi oficialmente criado, passando a reunir todas as psicólogas do HCPA, tanto da área clínica quanto da área organizacional. A partir de então, as profissionais tinham uma mesma chefia - uma psicóloga, não estando mais vinculadas a chefias da área médica ou administrativa. Ana Lúcia foi a primeira chefe do serviço, e permaneceu no cargo por aproximadamente dois anos. Com a inauguração do serviço, a chefe precisaria ficar mais à frente das questões administrativas da organização do setor. Então ocorreu uma inversão: Ana Lúcia passou a atuar na área de seleção de pessoal, enquanto Maria Regina (até então trabalhando na área organizacional) foi deslocada para a área clínica na Pediatria.

Uma das características do serviço configurado no HCPA, que difere de muitos serviços existentes em outros hospitais do país, é o fato de reunir tanto psicólogas clínicas quanto organizacionais. Um dos motivos da usual separação das áreas de atuação acontece devido a várias discussões a respeito do conceito de Psicologia Hospitalar. Para uma de suas pesquisadoras mais importantes, Belkiss Romano, o conceito se refere somente ao atendimento clínico de pacientes. Mesmo as atividades relacionadas a familiares e equipe devem sempre ter em foco o paciente. Portanto, quando os hospitais constituem serviços de

psicologia, em geral agregam somente as psicólogas clínicas, ou “hospitalares”. Há casos em que se configura também um serviço de Psicologia Organizacional separadamente, e em outros, a área fica ligada ao setor de recursos humanos. No Hospital de Clínicas, isso ocorreu de forma diferente devido ao pequeno número de profissionais atuando em clínica, o que não seria suficiente para justificar a criação de um serviço. Dessa forma, a saída encontrada foi reunir todas as psicólogas, independente da área de atuação, configurando um serviço diferenciado em relação aos demais. Porém, mesmo sob um só serviço, as áreas de atuação são bem independentes entre si.

A época em que o Serviço foi criado não foi por acaso. Em 1986 o país atravessava uma nova fase na transição política. Após duas décadas de militarismo, um presidente civil assumia o poder e o país lentamente ia retomando o caminho da democracia. O clima era de abertura política e de retomada de direitos suprimidos anteriormente. Se analisarmos o que estava se passando com a psicologia hospitalar no resto do país, podemos observar que foi nessa mesma época que, em diversos centros, os psicólogos estavam se reunindo para criar serviços independentes. O momento histórico, então, se mostrou favorável a esse feito.

A história mostra que a reunião das psicólogas surtiu efeitos favoráveis e algumas das conquistas do grupo foram a retomada de algumas vagas e contratação de novas profissionais, a redução da carga horária das psicólogas de oito para seis horas diárias, a contratação de uma secretária, a compra de instrumentos de avaliação psicológica, entre outros. Além disso, criou-se um centro de referência para os outros profissionais que demandavam por psicólogas em suas equipes: a partir de então, eles sabiam onde buscá-las. Mesmo reunidas, as psicólogas continuaram tendo autonomia para exercer as atividades em suas respectivas unidades e área de atuação. Após aproximadamente dois anos frente ao Serviço de Psicologia, Ana Lúcia deixou o HCPA (nessa época já tinha dado início ao seu mestrado na Faculdade de Educação da UFRGS), assumindo em seu lugar Viviane, que permaneceu no cargo por quatro anos. Em 1992, com as mudanças na direção do hospital (apesar do presidente, Dr. Albuquerque, permanecer no cargo), realizou-se uma eleição para escolha de nova chefia da psicologia. Na ocasião, Maria Regina foi eleita, e chefiou o serviço até 2005, quando Viviane foi reconduzida ao cargo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

O movimento realizado pela psicologia dentro do Hospital de Clínicas desde sua inserção inicial, na área organizacional, até a constituição de um Serviço autônomo e organizado será discutido em quatro partes: Na primeira, examinam-se as mudanças nas políticas e no conceito de saúde que de certa forma propiciaram a entrada dos psicólogos nos hospitais. Além disso, serão examinadas algumas mudanças ocorridas na profissão como um todo e a conseqüente abertura do campo hospitalar, suas peculiaridades e suas principais atividades. Na segunda, trata-se da criação do serviço em si, retomando o movimento que levou a sua constituição, relacionando com a criação de outros serviços em diferentes hospitais do país, e levantando questões sobre sua organização e funcionamento. A terceira parte apresenta questões sobre a especificidade da atuação psicológica em hospitais e sobre a consolidação do espaço conquistado e por fim, a quarta parte apresenta as considerações finais desse trabalho.

4.1 Análise da Expansão das Atividades Psicológicas

Um dos objetivos desse trabalho foi descrever a expansão dos serviços psicológicos fora dos consultórios, das escolas e das indústrias (atividades clássicas da psicologia). No entanto, tal descrição só fará sentido se incluídas as transformações ocorridas dentro e fora da prática profissional, com a introdução de novos conceitos, novas demandas, novos espaços, novas teorias e novas técnicas.

A partir do que foi pesquisado, percebe-se que um dos fatores que impulsionaram o desenvolvimento da psicologia mundialmente foram as duas Grandes Guerras Mundiais. Isto é, a Primeira Guerra (1914-1918) foi o marco do nascimento da psicotécnica, uma vez que os testes psicológicos foram amplamente utilizados para a seleção de recrutas. Já a Segunda Guerra (1939-1945) impulsionou a entrada de psicólogos nos hospitais para o atendimento a veteranos de guerra que apresentavam vários distúrbios, entre eles o que posteriormente ficou conhecido como a Síndrome do Estresse Pós-Traumático. Além das guerras, a mudança no conceito de saúde também exerceu influência sobre a prática psicológica.

Em 1948, no seu documento de criação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição afirma que saúde é um estado positivo e multidimensional, que envolve três domínios: saúde física,

psicológica e social, ou seja, está dentro de uma perspectiva biopsicossocial, que enfatiza as influências mútuas entre os três contextos (Straub, 2005). A partir dessa definição, torna-se oficial o conhecimento de que fatores psicológicos e físicos se inter-relacionam na determinação de estados de saúde ou doença. Com certeza, isso foi um dos aspectos que contribuíram para a entrada dos psicólogos nas equipes de saúde, e mais especificamente, nos hospitais gerais, uma vez que o trabalho em Hospitais Psiquiátricos já era bastante difundido há mais tempo.

O ingresso de psicólogos nessa área levou à demarcação de uma nova especialidade, que é a Psicologia da Saúde, denominação encontrada internacionalmente. Porém, no Brasil, vingou a denominação Psicologia Hospitalar, que é mais restrita em sua abrangência. Sendo assim, a especialidade Psicologia Hospitalar é uma peculiaridade do Brasil, não sendo encontrada em nenhuma outra parte do mundo, onde vigora o termo não equivalente “Psicologia da Saúde” (Castro e Bornho, 2004).

Uma das formas de entender o porquê do surgimento e consolidação do termo “Psicologia Hospitalar” é entender as políticas de saúde vigentes no Brasil. Sebastiani (2001) refere que desde a década de 1940 o modelo de saúde brasileiro é centrado na instituição hospitalar, priorizando ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), em detrimento de ações ligadas à atenção primária e saúde coletiva (modelo sanitarista). Dessa maneira, o hospital passa a ser o símbolo máximo do atendimento em saúde, razão pela qual, no Brasil, os trabalhos da psicologia no campo da saúde se enquadram sob o rótulo Psicologia Hospitalar, e não Psicologia da Saúde (Sebastiani, 2001).

A Psicologia da Saúde, segundo Straub (2005), seria um subcampo da psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças. Nesse sentido, observa-se uma diferença frente à Psicologia Hospitalar, ou seja, o aspecto de trabalhar junto à prevenção. O hospital, por ser um serviço de atenção terciária, na maioria das vezes já se depara com a doença instalada do indivíduo, restando o tratamento com objetivo de cura ou prevenção de efeitos adversos, não lidando substancialmente com prevenção primária (à exceção de algumas atividades ambulatoriais, por exemplo).

Não foi apenas a mudança no conceito de saúde que contribuiu para levar os psicólogos para dentro dos hospitais gerais. Sebastiani (2001) salienta que nos último vinte anos a área da saúde é a que mais tem absorvido psicólogos no Brasil, principalmente como uma alternativa ao gradativo esvaziamento dos consultórios particulares, que tiveram o auge de demanda na década de 1970. O trabalho assalariado em hospitais, ou outras

instituições de saúde (por mais que não sejam grandes as remunerações), muitas vezes serve para financiar a prática clínica privada. Trabalha-se meio turno em um hospital e esse salário é uma garantia frente à flutuação da remuneração na clínica particular. Em muitos casos, assim que os profissionais se firmam na carreira clínica, abandonam a instituição (Romano, 1999). Por outro lado, existem aquelas pessoas que buscam a psicologia hospitalar por um interesse genuíno na área. E, mesmo com as dificuldades inerentes a uma prática em desenvolvimento, a Psicologia Hospitalar é uma das áreas de atuação que mais tem crescido nos últimos anos no Brasil, mais precisamente nas últimas duas décadas.

Uma vez que o psicólogo adentrou a instituição hospitalar, era necessário atender essa nova demanda que se apresentava, e para isso, as ferramentas tradicionais eram inspiradoras, mas não suficientes. Diversas necessidades foram impostas à prática profissional. Apesar de historicamente a psicologia estar ancorada no tripé clínica-escola-organização, desde a sua regulamentação no Brasil, novos espaços já estavam sendo conquistados. Além do hospital, outros estabelecimentos de saúde (por exemplo postos e ambulatórios) também passaram a contar com psicólogos pelo menos desde a década de 1960, quando Sebastiani (2001) identifica os primórdios de atividades de psicólogos voltadas à atenção da saúde da população. A necessidade de novos referenciais e instrumentais para uma atividade tão diversa daquela aprendida durante a faculdade começou a exigir a busca de novos paradigmas (Sebastiani, 2001). A falta de referenciais teórico-metodológicos fez com que os psicólogos que atuavam em hospitais e outras instituições de saúde não vinculadas ao tradicional trabalho em saúde mental, buscassem tais referências em vários grupos de estudos distintos. Entre esses grupos, podem ser citados o movimento ligado à Medicina Psicossomática (tanto no Brasil, quanto na Argentina e Uruguai) e a *Behavior Medicine* (nos EUA, Canadá e México). O mesmo autor também assinala que estes profissionais procuravam referências técnico-científicas para aplicação em seus trabalhos, buscando ampliar seu campo de leitura e aprimorar seus instrumentais para fazer frente às demandas bastante distintas do modelo que sua formação lhes forneceu. Foi então, a partir de iniciativas empíricas para a criação de modelos e metodologias de trabalho que foi sendo construído o campo da psicologia hospitalar (Sebastiani, 2001). Quanto às profissionais do HCPA, percebe-se que suas influências foram bem variadas nos primeiros anos em que desenvolveram suas atividades. Tais influências vêm desde a epistemologia genética de Jean Piaget (na área de avaliação psicológica), passando pela psicanálise (principalmente pela influência argentina), e pela teoria kleiniana (no atendimento clínico). A psicanálise ganhou força no Rio Grande do Sul na década de 1970 com a chegada de um grupo de psicanalistas argentinos, que após o

golpe político em 1976, se vêem obrigados a deixar a Argentina e se exilar em diversos países, entre eles o Brasil. Esses profissionais trouxeram consigo um alto nível teórico e clínico, fruto de 30 anos de existência da psicanálise naquele país (Mezan, 1998). Até hoje é uma dos principais referenciais no atendimento clínico no Hospital de Clínicas, uma vez que várias profissionais realizaram formação analítica paralelamente ao seu trabalho no HCPA. Alguns referenciais brasileiros também foram usados nos primeiros anos, como os livros de Maria Tereza Maldonado, já citado anteriormente.

Todas essas inspirações serviram de influência para a construção desse novo campo de atuação. Mas afinal de contas, existem novidades na área, ou são somente adaptações dos referenciais pré-existentes? Dentro do tema da especificidade do campo da Psicologia Hospitalar, LoBianco, Bastos, Nunes e Silva (1994) realizaram um estudo no qual reconheceram o trabalho de psicólogos em hospitais como uma prática inovadora. Segundo o enfoque dado, o fator diferencial foi a inserção dos psicólogos em equipes de saúde e a atuação em vários planos da organização hospitalar. Além disso, os atendimentos psicológicos abrangiam não apenas os pacientes, mas também familiares e a própria equipe de saúde. Analisaremos em separado cada um dos diferenciais e novidades introduzidas pela prática hospitalar:

4.1.1 Contexto

A valorização de intervenções primárias, secundárias ou terciárias em saúde tem exigido de diversas classes de profissionais, a compreensão da situação e a intervenção em indivíduos e/ou grupos expostos a diferentes condições de agravo à saúde. Entre essas classes, está a do psicólogo, que cada vez mais é chamado a se posicionar e a contribuir com o campo da saúde (Sebastiani, 2001). Nesse sentido, o psicólogo deve conhecer as políticas, as práticas, bem como a cultura de saúde do lugar onde atua. Yamamoto e Cunha (1998) entendem que a inserção no ambiente hospitalar já envolve ultrapassar papéis convencionais da psicologia e mostra necessário o desenvolvimento de uma imagem mais ampla como profissional de saúde. Ou seja, assumir a postura de que a psicologia representa, atualmente, mais do que somente o cuidado da saúde mental, transformando-se numa profissão de cuidado integral aos indivíduos (Enright e cols., 1993, Leventhal, 2005). Essa mudança de postura também exige a mudança do local de atuação: o psicólogo foi obrigado a expandir sua prática para fora das clínicas privadas, dando entrada nas instituições públicas e privadas de saúde.

4.1.2 Público Alvo

A inserção nesses novos contextos, além de sugerir emergência de práticas inovadoras, também aponta para mudanças quanto ao público-alvo dos psicólogos. Quando passa a prestar atendimento nos hospitais gerais, passa a atender uma parcela da população que, nos anos iniciais da profissão no Brasil seria impensável, ao menos na extensão que hoje se apresenta: a classe usuária de hospitais públicos (na sua maioria), muitos deles integrantes do Sistema Unificado de Saúde (SUS) (Yamamoto e Cunha, 1998).

4.1.3 Práticas

Rosa (2005) relata que as estratégias de intervenção junto aos pacientes internados tendem a se diversificar na medida em que os profissionais procuram adaptar seus recursos teórico-metodológicos às necessidades do hospital. Isso pode ser observado desde os primórdios das atividades psicológicas em hospitais.

Mathilde Neder, a pioneira da Psicologia Hospitalar no Brasil na década de 1950, já experimentou novas técnicas de atendimento a pacientes por conta das características do ambiente hospitalar. Devido ao curto espaço de tempo que dispunha junto aos pacientes, por ordem das altas médicas, precisou adaptar a técnica da psicoterapia psicanalítica (seu referencial teórico na época) para atendimentos de curto prazo. Foi dessa forma que se tornou pioneira no Brasil em outra área: a da Psicoterapia Breve. Assim, gerou contribuições originais e fundamentais na criação e desenvolvimento dessa modalidade de atendimento psicoterápico, tanto na prática hospitalar quanto no curso superior (Dittrich e Zendron, 2001). A aplicação da psicoterapia breve teve início através de atendimentos individuais a pacientes, vindo posteriormente a ser aplicada a grupos. Dittrich e Zendron (2001) ressaltam que na época em que desenvolveu tal técnica, Mathilde desconhecia a designação “psicoterapia breve”, que, apesar de não empregada no Brasil naquela época, estava sendo desenvolvida internacionalmente. Mathilde só tomou conhecimento desse fato no final da década de 1960, num curso realizado com um psicanalista argentino.

Cummings (1992) também relata algumas mudanças na prática profissional do psicólogo que se tornaram necessárias desde sua entrada no hospital. Algumas técnicas antigas precisaram ser deixadas de lado enquanto outras assumiram importância aumentada. Conforme já citado, a psicoterapia tradicional ficou comprometida pela duração da estada dos pacientes na internação hospitalar, bem como foi dada maior ênfase às intervenções de curto prazo, o trabalho com familiares, a mediação entre paciente-família-equipe, e a construção de uma rede de contato com os recursos da comunidade. Ainda segundo Cummings (1992), alguns temas, tais como qualidade de vida, morte e morrer, desobediência e negação, acabaram tomando significados diferentes do que o

psicólogo estava acostumado a tratar em seu consultório. A necessidade de trabalho com grupos também foi uma exigência do novo *setting*, uma vez que proporciona a otimização do tempo, a racionalização da tarefa, e o atendimento de um número maior de pacientes (Romano, 1999).

Além disso, o atendimento clínico individual, atividade clássica do psicólogo, também precisou ceder espaço para ações integradas com a equipe (Almeida, 2000) e com a família. Um exemplo de intervenção com familiares é a técnica de grupo de apoio. Romano (1999) coloca como benefícios desses grupos o fato dos familiares perceberem que não estão sós e poderem compartilhar seus sentimentos com outras pessoas que estão passando pela mesma situação, além de propiciar a redução da ansiedade e a melhor compreensão da doença e dos cuidados necessários.

4.1.4 Trabalhos Multi e Interdisciplinares

Dias e colaboradores (2003) destacam que o trabalho interdisciplinar se faz necessário no hospital uma vez que o psicólogo precisa estar em constante interação entre o paciente, a família e a equipe de saúde. Os autores ressaltam que, para que o ser humano seja entendido em todas as suas dimensões (ou seja, social, pessoal e biológica), o hospital e todas as especialidades que o compõem devem trabalhar de forma que haja uma complementação de atuações, no qual cada profissional com seu conhecimento específico tenha o objetivo comum de proporcionar o bem estar global do paciente. Dessa forma, além de receber informações provenientes de outros campos do saber (medicina, enfermagem, nutrição...), o psicólogo também deve saber se comunicar efetivamente a ponto de expor seu trabalho, seus objetivos e resultados alcançados, a fim de que a troca de informações seja produtiva para todas as especialidades.

A importância do diálogo com as outras especialidades é repetidamente apontada pelos profissionais da área, no entanto, vários autores destacam que nessas trocas, o psicólogo não deve perder suas especificidades tanto do seu saber, quanto do seu fazer (Almeida, 2000). Hallas (2004) atenta para a necessidade de o psicólogo ter a clareza de suas especialidades na área e conhecer as fronteiras éticas e profissionais de seu trabalho, para que não fique tentado a ultrapassá-las. Capitão (1995) vai além nessa discussão e coloca que somente ao ser capaz de demarcar com clareza a sua prática, é que o profissional poderá preservar o espaço destinado à psicologia na instituição.

Percebe-se que a entrada dos psicólogos em um novo contexto (o hospital) trouxe consigo o trabalho com novos usuários, pessoas que talvez não tivessem contato com esses profissionais não fosse no hospital. A mudança do contexto também foi um imperativo

para o desenvolvimento de novas práticas (ou mesmo adaptação de antigas), o que acabou levando ao trabalho multidisciplinar.

Apesar de muitos trabalhos apresentarem a área da Psicologia Hospitalar como uma nova área de atuação da profissão (por exemplo, LoBianco e cols., 1994; e Romano, 1999), existem pesquisadores que não aceitam tais argumentos, e apresentam suas justificativas. Para Yamamoto e Cunha (1998), apesar de algumas diferenças em relação ao trabalho clínico tradicional, a área da Psicologia Hospitalar não passa de uma extensão de práticas psicológicas tradicionais, não embasada em novos referenciais teórico-metodológicos, e, portanto, não podendo ser caracterizada como uma nova área profissional.

Rosa (2005), em sua dissertação de mestrado, abordou a questão da especificidade ou não da área. A autora concluiu que é justificado o argumento de que a psicologia hospitalar se apresente como uma nova área de atuação, porém, os recursos teórico-metodológicos utilizados seriam os mesmos empregados em outros contextos, não apresentando, tecnicamente, aspectos únicos que o caracterizem. As especificidades são o contexto e a forma como a demanda se apresenta, mas a prática não é específica porque não há nada que o psicólogo faça nesse âmbito que não seja aplicável a outros contextos. No entanto, parece que essa discussão ainda não foi concluída satisfatoriamente e poderá se alongar por muito tempo.

4.2 Atividades Mais Comuns

Os psicólogos concordam que o trabalho em hospitais exige flexibilidade para aplicar suas competências em propósitos variados, tão variados quanto pode ser o tipo de paciente a ser atendido, a técnica (atendimento individual, em grupo) e a teoria a ser empregada (sistêmica, comportamental, psicodinâmica). Os pacientes diferem não apenas quanto à doença que os leva ao hospital, mas também quanto à idade, à escolaridade, ao nível socioeconômico, entre outras variáveis. Os profissionais concordam também que além de prestar atendimento ao paciente internado, é necessário prestar algum tipo de atenção aos familiares, pois eles também estão implicados no processo de saúde-doença do paciente.

Entre os objetivos das diversas práticas relatadas por Rosa (2005), constam: avaliação do estado emocional do paciente; o esclarecimento de dúvidas quanto ao diagnóstico e internação; o trabalho no intuito de amenizar angústias e ansiedades frente a situações desconhecidas; o reforço do vínculo mãe-bebê; a preparação para cirurgias; a adesão ao tratamento; o auxílio na adaptação à condição de vida imposta pela doença; e auxílio no enfrentamento de situações de morte e luto.

A avaliação do estado emocional do paciente geralmente é feita através de entrevistas, podendo incluir a testagem psicológica, a observação de comportamentos do paciente, o estudo do seu contexto familiar e sociocultural, além de sua história médica e psicológica (Dias e cols., 2003). Hallas (2004) aponta para a importância de se procurar entender a percepção e as crenças que a pessoa tem da doença e do tratamento, que podem influir na sua tomada de decisão. Muitas vezes tais avaliações são realizadas a pedido de médicos, para observar a capacidade de adesão a tratamentos que exijam adaptações duradouras na rotina, sem as quais coloca-se em risco a vida do paciente (por exemplo, pacientes submetidos a transplantes). Os aspectos avaliados variam de acordo com o caso, mas entre eles podem ser citados, conforme Hallas (2004): humor, estado afetivo, atitudes, suporte social, estilos de coping, capacidade cognitiva, entre outros. As reações emocionais a respeito da doença e tratamento também devem ser observadas: se são esperadas; se são normais ou patológicas; se merecem intervenções ou não (Romano, 1999). Em muitos casos, a avaliação indica a necessidade de um acompanhamento mais efetivo, podendo nesses casos ser indicado o uso de Psicoterapia Breve, ou, no caso de alta, o encaminhamento para atendimento fora do hospital.

O esclarecimento de dúvidas quanto ao diagnóstico e internação deve ser trabalhado juntamente com a equipe médica. Não será o psicólogo que esclarecerá dúvidas quanto às rotinas, diagnósticos e intervenções médicas, mas ele deverá conscientizar a equipe da necessidade do paciente ter o conhecimento adequado sobre seu estado físico, facilitando a comunicação entre os médicos, enfermeiros e os pacientes e seus familiares. Oliveira, Oliveira, Gomes e Gasperin (2004) ressaltaram a importância da comunicação médico-paciente principalmente na comunicação de maus diagnósticos, pois desta relação irá depender, em grande parte, a adesão ou não ao tratamento, o que influenciará diretamente no seu sucesso ou fracasso. Hall e colaboradores (citado por Romano, 1999), já em 1988 apontaram que a pouca informação é uma das responsáveis por agitar e aumentar a ansiedade do paciente, e por outro lado, destacaram que o correto fornecimento de informações é uma das armas para a redução de estresse. Oliveira e colaboradores (2004), num estudo realizado sobre a comunicação médico-paciente em relação ao diagnóstico de doenças crônicas na adolescência, salientaram que nas situações em que ocorreram informações detalhadas do real estado de saúde do paciente e orientações quanto ao tratamento, a apreensão dos pais foi atenuada. Romano (1999) acrescenta que a ignorância sobre a verdadeira condição é o que alimenta a fantasia dos doentes, mobilizando sentimentos irracionais e até desproporcionais de medo. Além de exigir informações precisas a respeito do paciente, o psicólogo (respeitando os aspectos éticos

envolvidos na profissão) também deve ser capaz de fornecer informações sobre os aspectos avaliados tanto a equipe quanto aos familiares, para o bom andamento do tratamento, bem como clarificar conceitos de saúde psicológica para, dessa forma, contar com o auxílio dos outros profissionais para identificar possíveis comportamentos desviantes.

Pode-se destacar que uma atividade bem desenvolvida na área hospitalar é o atendimento a mães e a crianças. Tal fato é facilmente explicado, pois a entrada dos psicólogos em hospitais ocorreu, em grande parte, pela via do atendimento a crianças (enfermarias pediátricas) e a mães (ginecologia, obstetrícia, maternidade), enfocando a importância das relações iniciais entre mães e filhos. Uma das experiências mais destacadas é aquela que permitiu aos pais o acompanhamento da hospitalização de seus filhos em horário integral, reduzindo a ansiedade das crianças e, conseqüentemente, seu tempo de internação. No caso do HCPA, já foi destacado que as primeiras atividades foram desenvolvidas nessas áreas, a partir de grupos de gestantes (de alto risco ou não) e de grupo de mães, no sentido de auxiliá-las a receberem seus bebês com maior preparo, dando suporte a eventuais dúvidas e inseguranças, além das atividades desenvolvidas da Pediatria com o atendimento das crianças internadas.

O trabalho de prestação de consultorias a equipes diversas do hospital também é um trabalho realizado pela psicologia. Consultoria é um termo utilizado no contexto da psicologia hospitalar para designar atendimento por solicitação de outro profissional da saúde (Rosa, 2005). Um dos trabalhos bastante solicitados aos psicólogos pelas equipes é solucionar conflitos envolvendo a família e a equipe. Outra solicitação freqüente é que eles intervenham junto aos pacientes de maneira a garantir a adesão ao tratamento (adesão entendida como a colaboração ativa entre paciente e médico tendo em vista o sucesso terapêutico). Para tanto, muitas vezes é necessário intervir junto à família, que tem papel decisivo no tratamento e na recuperação do paciente. Neder (1992) desde a década de 1960 já apontava para a importância da família no tratamento, entendendo que o comportamento de qualquer um dos membros influencia e é influenciado pelo comportamento de todos os outros. Em muitos hospitais são realizadas intervenções em grupos com familiares, por exemplo: de familiares de pacientes internados em UTI e UTI Neonatal; de familiares de pacientes com Alzheimer (Marcon, Luna e Lisboa, 2004), para que possam compartilhar suas experiências e diminuir a ansiedade pela criação de vínculos com outras pessoas que se encontram em situações semelhantes.

As atividades desenvolvidas em hospitais não se restringem a atendimentos na internação, sendo comum o atendimento ambulatorial. Nessa modalidade, muitas vezes é privilegiada a prática clínica tradicional (atendimentos clínicos individuais), mas muitas

vezes são realizadas atividades em grupos, dentro de programas específicos, geralmente aqueles destinados a pacientes de uma mesma condição clínica (alcoolismo, dependência química, câncer, puérperas, gestante de alto risco, HIV e cirúrgico) (Marcon e cols., 2004). Outra atividade muito difundida é o acompanhamento de crianças e adolescentes para a realização de cirurgias, composta de atendimentos pré e pós-cirúrgicos. A atividade tem o intuito de amenizar a ansiedade frente à situação desconhecida, de trabalhar com as fantasias e medos, e de fornecer informações acerca do que realmente irá acontecer.

Uma outra atividade do psicólogo no hospital, que foi destacada como uma especificidade da área, é o atendimento diante da perspectiva de morte. Nesses casos, a intervenção se dá no sentido do profissional auxiliar, tanto o doente, quanto seus familiares, a expressarem seus medos, elaborarem a passagem, buscando entender qual é a representação que eles têm sobre a morte, qual o significado conforme suas crenças e a representação que a morte tem, dependendo da etapa de vida do doente (infância, adolescência, velhice).

De acordo com os diversos tipos de intervenções realizados, entende-se que o psicólogo atua tanto em nível psicopedagógico (educação), quanto psicoprofilático (prevenção) e psicoterapêutico (tratamento) (Romano, 1999). Em todos os casos, apesar do trabalho ser bastante específico e se dar de forma situacional, o objetivo não é apenas a resolução do conflito instalado, mas também a promoção da saúde psíquica (Almeida, 2000).

4.2.1 Modalidades de Atendimento

Cummings (1992) identifica duas modalidades de atendimento do psicólogo em hospitais gerais. Ambas as modalidades utilizam as mesmas técnicas, variando a forma de inserção nas unidades. A primeira o autor denominou “Modelo Visitante” (*Visitor model*). Trata-se daqueles casos em que os psicólogos não fazem parte da rotina da unidade, somente sendo chamados em momentos de “crises” com as quais a equipe local não sabe lidar. O atendimento é realizado através de pedidos, geralmente vindos da enfermagem, serviço que está em constante contato com os pacientes. As consultas tendem a ser breves e são limitadas a poucas visitas. Esse modelo de atendimento tende a ser menos efetivo. Na segunda modalidade, denominada de “No local” (“*On site*” *model*), os psicólogos estão inseridos na rotina da unidade para a qual prestam serviço, estando em contato diário tanto com os pacientes, quanto com os outros profissionais. Neste modelo, eles estão mais acessíveis aos pacientes e podem realizar *rounds* com a equipe médica (Cummings, 1992). No HCPA ocorrem as duas modalidades, mas a mais freqüente é a segunda, o que pode ser

observado desde a contratação das primeiras psicólogas, que já chegavam destinadas a atuar em uma unidade específica do hospital.

De acordo com tudo o que foi exposto até esse momento, há que se destacar que os beneficiários da prática psicológica não são apenas os pacientes e familiares, mas também a instituição hospitalar como um todo. Sheridan (1999) destaca que evidências empíricas convincentes sugerem que o atendimento psicológico pode simultaneamente melhorar o tratamento do paciente, bem como reduzir seus custos. A avaliação psicológica bem conduzida, seguida de intervenção efetiva pode reduzir os custos da internação tanto para o paciente quanto para a instituição (Ludwigsen e Albright, 1994), e, ao melhorar a adesão do paciente ao tratamento, pode reduzir o número de internações e o custo dos tratamentos médicos (Dias e cols., 2003).

4.3 Serviços de Psicologia

Finalmente, será analisado o movimento que culminou na criação do Serviço de Psicologia do HCPA, relacionando com os acontecimentos paralelos da profissão. O dado referente à entrada das psicólogas no hospital pela via da psicologia organizacional é corroborado por outra pesquisa realizada em hospitais de Porto Alegre. Lorenzoni, Redivo e Guareschi (2003) realizaram uma pesquisa que investigou o início do trabalho da psicologia no hospital geral e suas atividades. Foram entrevistadas cinco psicólogas que trabalhavam em diferentes instituições. Os resultados apontaram que as primeiras atividades psicológicas em hospitais, de forma análoga ao HCPA, se restringiam a recrutamento, seleção e treinamento de funcionários. Somente num segundo momento é que irá se observar um movimento em direção à psicologia clínica, seja na internação, seja nos ambulatórios, enfocando o atendimento de pacientes, familiares e até mesmo os funcionários, mas agora numa visão mais associada à saúde do trabalhador e não apenas às questões ligadas à sua seleção, treinamento e acompanhamento funcional. Ou seja, este não foi um caminho exclusivo da psicologia no HCPA, mas uma realidade da profissão, ao menos em Porto Alegre.

Um outro aspecto a apresentar correlatos em outras instituições é o fato das primeiras atividades em psicologia clínica se restringirem à avaliação psicológica. Enright e colaboradores (1990) destacaram que a realização de psicodiagnósticos por ordem dos médicos era o principal papel dos psicólogos norte-americanos quando de sua inserção em hospitais gerais. Naquele país, somente depois de acirradas disputas com os psiquiatras é que entrou em cena o tratamento de problemas psicológicos. Atualmente os psicodiagnósticos ainda são bastante utilizados, juntamente com outras práticas. Da mesma

forma, no HCPA Sílvia Molina foi contratada para avaliar crianças nos ambulatórios de pediatria e neuropediatria, e suas atividades se restringiram a essa prática, apesar das tentativas da profissional em expandir suas atividades para outros setores, como a UTI Neonatal, sem obter sucesso.

De forma geral, a entrada de psicólogos nos hospitais em todo país, quando não ocorreu pela área organizacional, se deu pelas áreas de internação (ou mesmo ambulatoriais) semelhantes: pediatria, obstetrícia, ginecologia, demonstrando uma preocupação evidente com as questões da maternidade e desenvolvimento infantil. Geralmente essas são as áreas do hospital que melhor aceitam o trabalho de psicólogos. No HCPA não foi diferente, uma vez que a primeira psicóloga clínica contratada para atuar na internação foi alocada na Pediatria. As primeiras atividades desenvolvidas de maneira geral em hospitais no Brasil concentraram-se no tratamento de crianças e no aspecto relacional mãe-bebê. Uma das hipóteses é que o trabalho com crianças mobilize mais os profissionais, também porque grande parte do contingente de trabalhadores da saúde são mulheres, muitas delas em período reprodutivo. O atendimento psicológico a adultos internos em hospitais se deu como uma consequência do trabalho anteriormente já desenvolvido na pediatria, até mesmo pelo trabalho feito com os pais e familiares das crianças. A preocupação com o bem-estar das crianças internadas pode ser facilmente entendida, uma vez que é de amplo conhecimento que as enfermidades na infância podem apresentar profundas repercussões na vida da criança. Como se sabe, qualquer dano maior à saúde pode significar seqüelas para a vida inteira. Do mesmo modo, o ambiente hostil do hospital pode auxiliar no desenvolvimento de transtornos emocionais, tornando o atendimento a esse público extremamente importante. Tanto doenças agudas quanto crônicas podem modificar de maneira definitiva o desenvolvimento, a família e a resposta social da criança. Dias e colaboradores (2003) apontam que crianças hospitalizadas com tempo de internação superior a cinco dias tendem a desenvolver transtornos comportamentais e/ou psicológicos, sendo necessária a intervenção psicológica nesses casos. As alterações comportamentais mais frequentes após a internação estão relacionadas à dinâmica do apego (mais apegadas ou regressivas) e comportamentos regredidos (ex. voltar a usar chupeta), além de alterações no padrão de sono e alimentação.

Atualmente as enfermarias pediátricas permitem que os pais permaneçam em tempo integral com seus filhos, auxiliando nos seus cuidados básicos para que não haja prejuízo no vínculo mãe-criança. Essa política teve raízes em estudos sobre os efeitos dos cuidados de crianças em instituições e os efeitos adversos da separação de suas mães. Esses estudos

contribuíram para a mudança do ambiente de cuidado da criança no hospital (Dias e cols., 2003).

Outra característica da introdução da psicologia nos hospitais gerais foi o fato dos primeiros profissionais atuarem de forma isolada, cada psicólogo em uma unidade, mas em vários pontos simultâneos do mesmo hospital, sem que ocorresse uma integração entre eles. Dessa forma, durante alguns anos houve a psicóloga da pediatria, a psicóloga da obstetrícia, a psicóloga da traumatologia, mas elas não estavam inter-relacionadas no dia-a-dia e nem na prática desenvolvida. As psicólogas estavam aprendendo a se comunicar com outros profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas), mas pouco se comunicavam entre elas.

Pode-se observar que, em seus primeiros anos, a psicologia no HCPA seguiu um percurso semelhante ao que aconteceu em outros hospitais Brasil afora. Talvez seu diferencial (além da união das áreas clínica e organizacional) tenha sido a desconstrução do embrião do que viria a ser o atual Serviço de Psicologia por duas vezes. A primeira destituição por um conflito com a direção do hospital e a segunda por uma política de otimização dos setores. Na literatura não foram encontradas experiências semelhantes relatadas. Mas certamente, esses percalços foram um dos principais determinantes para a constituição do Serviço de Psicologia, pois demonstraram que sem união, a psicologia era praticamente descartável dentro do hospital.

Como já foi observado, o modo de organização do Serviço não foi um evento isolado na área. Nessa mesma época encontram-se artigos publicados em outras partes do Brasil que também referiam a esforços de psicólogos na criação de serviços independentes em hospitais gerais (Angerami-Camon, 1983; Carvalho, 1986). Foi nessa mesma época que se inaugurou a “Unidade de Psicologia” no HC-FMUSP. Convém lembrar que foi nesse hospital que em 1954 a psicologia se inseriu pela primeira vez num hospital geral brasileiro. Isto é, mesmo na instituição pioneira em oferecer atendimento psicológico a seus pacientes, foi na década de 1980, ou seja, quatro décadas após a entrada da psicologia, que se organizou uma unidade reunindo os psicólogos até então espalhados pelos departamentos (Neder, 1992).

Não é de se espantar que os psicólogos buscassem essa integração uma vez que os hospitais gerais são divididos em departamentos, conjugando especialidades, e cada membro da equipe de funcionários é atribuído a um departamento particular. Conforme Dorken (1993), cada departamento exerce influência sobre seus membros, gerenciando a prestação de seus serviços não apenas dentro do próprio departamento, mas também sua atuação frente a outras unidades.

Dorken (1993) relata que nos EUA, embora houvesse exemplos construtivos de psicólogos subordinados a unidades, por exemplo, de neurologia, cardiologia e pediatria, os psiquiatras procuravam frequentemente exercer controle sobre os psicólogos. A saída para os psicólogos foi tentar criar uma unidade que reunisse todos os profissionais da classe para, dessa maneira, ganhar força política dentro da instituição, e não mais se subordinar ao serviço de outros especialistas. Romano (1999) destaca que a subordinação do psicólogo a serviços de psicologia enfatiza a força que o grupo de trabalho e suas ações representam dentro da organização; um centro de decisões que racionaliza a assistência através da otimização do tempo da equipe. Além disso, cria um centro de custos específico, a partir de onde os profissionais podem comprar os materiais que lhe são necessários (por exemplo, os testes) sem precisar solicitar a outros departamentos. Dorken (1993) corrobora essa afirmação e acrescenta que com a constituição de um serviço próprio, a classe profissional pode delinear seus recursos profissionais através de discussão entre pares. Dessa forma, podem escolher onde devem ser investidos seus potenciais. Shelton e Leventhal (2005) acrescentam que o serviço independente proporciona uma base a partir da qual os psicólogos podem formar uma rede e interagir com outras profissões. Além disso, um serviço de psicologia independente torna a psicologia mais acessível dentro da instituição, pois cria um espaço ao qual os outros profissionais sabem que podem solicitar. A demanda não fica mais centralizada e personalizada em um ou outro psicólogo, mas sobre a classe profissional. A constituição de um serviço também fornece autonomia pra esses profissionais (Enright e cols., 1990).

Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002) destacam que a união de todos profissionais a um departamento favorece o estabelecimento de uma política para o desenvolvimento da área, fortalecendo o grupo e possibilitando uma maior integração no desenvolvimento de atividade de extensão, ensino e pesquisa. Uma das vantagens da constituição de um serviço de psicologia foi apontada por Rosa (2005). Segundo a pesquisadora, nos hospitais que contam com essa unidade, as estratégias de intervenção junto aos pacientes internados tendem a se diversificar na medida em que os profissionais procuram adaptar seus recursos teórico-metodológicos às necessidades do hospital. Ou seja, se percebem como plenamente integrados à estrutura da instituição. Por outro lado, quando não há um serviço configurado, é comum que os profissionais atuem a partir de solicitações de médicos e enfermeiros, adotando uma conduta mais tradicional, ou seja, aguardando a demanda, e não indo em direção a ela.

Mesmo que a configuração do Serviço tenha trazido várias vantagens para a classe dos psicólogos dentro do HCPA, ainda não apresenta as condições de funcionamento

ideais. Isso pode ser notado, por exemplo, pelo pequeno número de profissionais: apenas nove. Em um hospital com o porte do HCPA, nove profissionais é um número irrisório. Para poder dar conta da demanda, que não é pequena, as profissionais lançam mão do trabalho dos estagiários (que giram em torno de 50), e que, muitas vezes assumem praticamente sozinhos a responsabilidade por unidades inteiras. É claro que a responsabilidade legal é da respectiva psicóloga supervisora, mas ela não pode estar em diversos lugares ao mesmo tempo e ainda dar conta de várias supervisões por dia. Mesmo com os estagiários, muitas áreas ficam descobertas, pois não há pessoal suficiente. Dessa forma, muitos pedidos não podem ser levados adiante. O fato de não poder atender toda a demanda que chega é um fator negativo, mas se analisarmos por outro lado, podemos ver que, se há tamanha demanda é porque o serviço é reconhecido e valorizado.

A grande quantidade de estagiários da graduação é encarada por algumas profissionais como potencialmente negativo. Apesar de levarem a psicologia a um maior número de atendimentos, os estagiários podem representar um risco de perda de qualidade no atendimento, tanto pela inexperiência, quanto pela rotatividade. Uma vez que os estágios duram em média um ano, quando o estudante está se acostumando às rotinas e intervenções ele precisa sair para ceder lugar a outro, que novamente chegará sem experiência. Rosa (2005) discute esse fato, alegando que o estágio é um fator de diversificação e até mesmo de ampliação da atuação da psicologia. No entanto, quando o número de estagiários é grande o psicólogo acaba se ocupando basicamente de atividades burocráticas e de supervisão. Nas instituições em que isto acontece, as atividades voltadas para o atendimento de pacientes acabam sendo realizadas apenas por estagiários. Por conseguinte, espaços como *rounds*, reuniões de equipe e intervenções multidisciplinares nem sempre são utilizadas para divulgar o trabalho da psicologia junto aos demais profissionais, estratégia imprescindível para o reconhecimento e a valorização do serviço (Wild, Bowden & Bell, 2003).

Uma estratégia de valorização do serviço é ressaltar as especificidades do fazer psicológico, ou seja, o que a psicologia pode fazer que os outros profissionais não podem. Dessa forma, pode-se entender que o psicólogo se distingue dos outros profissionais da saúde por atender a demanda simbólica, as representações de cada paciente, e não exclusivamente a demanda concreta da doença (Romano, 1999). Por outro lado, o psicólogo também deve trabalhar com dados objetivos e padronizados para tomar conhecimento do paciente e transmitir à equipe. Segundo Enright e colaboradores (1990), uma das especificidades do psicólogo em ambientes médicos é a capacidade de diagnóstico

de vários fatores, como personalidade e funcionamento intelectual, identificando forças e fraquezas que possam interferir ou auxiliar determinado tratamento médico.

Além de ressaltar sua especificidade, o psicólogo tem que zelar pela imagem da profissão, o que também está diretamente relacionado com o reconhecimento e valorização por parte dos outros profissionais. O campo da psicologia hospitalar, por ser considerado “novo”, é visto como flexível e aberto a novas práticas, o que muitas vezes pode ser confundido com autorização para inovações pouco fundamentadas ou experimentações nada consistentes (Carvalho, 2000). Desde modo, é preciso que o psicólogo tenha presente algumas diretrizes que possam nortear sua permanência e consolidação e reconhecimento nessa instituição.

Medeiros (2002) aponta que a postura profissional deve ser pautada pela ética, através do cumprimento tanto do Código de Ética Profissional, quanto dos valores e princípios pessoais do profissional e do paciente que está sendo atendido, priorizando princípios éticos gerais ao invés de crenças e valores particulares. Agir dentro da ética presume ter vasto conhecimento do seu campo de atuação. Portanto, entre os conhecimentos desejáveis listados por Almeida (2000) está o domínio teórico a respeito da situação do sistema público de saúde do país: sua organização, possibilidades de acesso da população, condição dos trabalhos dos profissionais e características da população atendida. Romano (1999) destaca, por outro lado, a necessidade de uma formação mais adequada para a prática hospitalar, que enfocaria além das noções sobre sistemas de saúde, o conhecimento prático em psicopatologia, noções de epidemiologia, estatística e farmacologia. Segundo a autora, muitas vezes as universidades não conseguem dar conta desses assuntos de forma satisfatória.

De nada adiantam todos esses conhecimentos se o psicólogo não for capaz de se comunicar com eficiência, ou seja, para se relacionar com a equipe, é preciso que ele mostre habilidade em passar informações de forma clara, objetiva e respaldada em dados científicos (Rosa, 2005). Para ter seu trabalho reconhecido, é essencial que o psicólogo saiba prever (com base em dados empíricos) e avaliar comportamentos inadequados que possam comprometer a boa evolução do quadro clínico (Dias e cols., 2003). Dias e colaboradores também enfatizam que o psicólogo precisa realizar um trabalho focal, estando ciente de que a maior preocupação do paciente hospitalizado é com sua saúde física. Destacam, ainda, a necessidade da utilização de estratégias de avaliação e intervenção cientificamente apoiadas, da avaliação de intervenções através do uso de metodologia científica, e da documentação do custo/benefício das intervenções, pois essas são questões fundamentais para o desenvolvimento e fortalecimento da área, posições

corroboradas por Miyazaki e colaboradores (2002). Para dar mais ênfase aos achados científicos da psicologia, Shelton e Leventhal (2005) sugerem que os psicólogos que atuam em hospitais publiquem seus estudos em revistas de alto impacto, bem como em revistas tradicionais da psicologia.

Para que o trabalho dos psicólogos seja científico, embasado em dados empíricos, em evidências, é preciso que tais dados sejam gerados de estudos metodologicamente controlados e os autores são unânimes em afirmar esse aspecto. Sebastiani (2001) aponta que é consenso entre os Psicólogos que os investimentos em pesquisas e o incremento de estudos no desenvolvimento de metodologias mais uniformes tornam-se cada vez mais imperativo para o aprimoramento da especialidade. O não investimento nesse segmento implica inclusive numa crescente distorção dos trabalhos de ordem prática, mantendo o distanciamento entre a academia e a prática. Da mesma forma, estudos realizados sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar são unânimes em reconhecer a falta de sistematização da área (Romano, 1999; Yamamoto & Cunha, 1998; Yamamoto, Trindade & Oliveira, 2002). Isso faz com que o profissional não tenha muita clareza sobre a efetividade do que oferece (Rosa, 2005). Em algumas instituições, principalmente nas particulares, quando existe pesquisa ela está associada à necessidade de justificativa de contratação do psicólogo, e não ao compromisso com o desenvolvimento da área (Rosa, 2005).

Em países desenvolvidos, as evidências de bons resultados das intervenções psicológicas, além de propiciarem avanços no atendimento direto às pessoas, também abrem campo de trabalho ao psicólogo. Castro e Bornho (2004) citam o caso de países europeus que utilizam estes dados na hora de decidir custear o tratamento psicológico através da saúde pública, mas desde que se cumpram os critérios de eficácia, efetividade e eficiência. Romano (1999) indica uma outra utilidade da prática de pesquisa: pode ser utilizada de forma a avaliar a atuação do profissional, além de servir como recurso para alterar ou propor novas rotinas e instrumentais de trabalho. Nesse sentido, foi a própria Romano quem publicou a primeira tese de doutoramento dentro do assunto psicologia hospitalar no Brasil, em 1987.

Outro aspecto a ser revisto diz respeito à falta de clareza na forma como os psicólogos apresentam seus trabalhos e resultados. Romano entende que tais trabalhos deveriam ser oferecidos em forma de programas, nos quais constariam os objetivos gerais e específicos das intervenções, a metodologia, o instrumental a ser utilizado e os resultados esperados. Para que tais aspectos possam ser implantados, Romano coloca que é necessário um maior envolvimento desses profissionais com pesquisa, uma vez que a psicologia

hospitalar ainda é um campo no qual há poucas pesquisas e, como consequência, pouca divulgação e publicação.

Com relação ao HCPA, percebe-se que uma característica comum entre as primeiras psicólogas contratadas é o fato de elas estarem vinculadas a programas de pós-graduação acadêmica. Muitas delas fizeram mestrado e algumas também fizeram doutorado enquanto atuavam no HCPA, (cite-se aí, por exemplo, Yolanda Haetinger⁴, Ligia Schermann⁵, Ana Lúcia Duarte⁶, Viviane de Oliveira⁷), e todas elas realizaram estudos que se relacionavam com a atuação no hospital (vide os títulos das dissertações). Então, a pesquisa estava, de certa forma, presente no dia-a-dia dessas profissionais. No entanto, poucos estudos empíricos foram realizados durante esses anos (além das pesquisas de mestrado e doutorado), mas o que pode ser constatado é que não foi por falta de conhecimento. Muitas argumentam que não tem tempo para realizar estudos mais controlados, o que não deixa de ser verdade. De qualquer forma, há muito por fazer.

Nas entrevistas para esse estudo, uma psicóloga (Ana Lúcia) relatou uma bem sucedida pesquisa realizada em conjunto com a enfermagem, demonstrando não ser impossível conciliar as atividades. Ana relatou que, ao perceber o desconforto das crianças recém operadas na sala de recuperação pós-anestésica, pensou em tornar disponíveis alguns brinquedos. Segundo ela, antes dessa intervenção as crianças ficavam agitadas assim que acordavam da anestesia, choravam, apresentavam enjoos, náuseas e agitavam suas mães. Ao perceber a necessidade de um elemento tranquilizador, não só para a criança e para a mãe, mas também para o funcionário que trabalhava nesse local, sugeriu a colocação de alguns brinquedos. Essa atividade inovadora reduziu em 20 minutos o tempo de estada das crianças na sala de recuperação, em relação àquelas crianças que não recebiam brinquedos. Esse trabalho foi levado a um congresso de enfermagem (cuja referência exata não era lembrada pela psicóloga) e acabou ganhando um prêmio de menção-honrosa. Além disso, esse estudo foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, em 1987, sob o título “A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança” (Duarte, Meirelles, Bruno e Duarte, 1987).

⁴ Mestre em Psicologia pela PUCRS em 1979; dissertação intitulada: “Influência da eficácia da liderança no clima organizacional percebido e desejado em uma entidade hospitalar de Porto Alegre”.

⁵ Mestre em Psicologia pela PUCRS em 1982; dissertação intitulada: “Depressão puerperal: efeitos da prematuridade e risco de vida do recém nascido no estado emocional da puérpera”.

⁶ Mestre em Educação pela UFRGS em 1990; dissertação intitulada: “Dilemas e controvérsias de uma reforma curricular: Um estudo no ensino médico”.

⁷ Mestre em Psicologia pela UFRGS em 1996; dissertação intitulada: “O adolescer em jovens portadores de doenças orgânicas crônicas: um estudo fenomenológico”. E Doutora em Psicologia pela UFRGS em 2001; tese intitulada: “Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas”.

Outro aspecto bastante discutido na literatura referente ao reconhecimento do papel do psicólogo dentro das equipes de saúde diz respeito à divulgação do serviço internamente, ou seja, para as diversas especialidades que compõem o hospital. Um grande empecilho para a efetividade dessa divulgação é a falta de clareza do psicólogo quanto a suas tarefas. Tal situação acaba por levar o hospital à não saber o que esperar da psicologia (Chiattonne, 2000). Sobre esse aspecto Wild e colaboradores, (2003) realizaram uma pesquisa a respeito do nível do conhecimento e da compreensão das atividades de psicólogos clínicos em um hospital geral na Escócia. Os resultados indicaram que os departamentos que encaminhavam pacientes regularmente ao serviço de psicologia apresentavam um nível maior de conhecimento e de compreensão da prática psicológica, do que aqueles departamentos que pouco ou nunca encaminhavam pacientes. Os que não encaminhavam alegavam não fazê-lo por falta de conhecimento sobre as funções do serviço e do papel do psicólogo nos hospitais, apesar de saber da existência do mesmo e acreditar que tenham algo benefício a oferecer. Esses resultados demonstram a necessidade de aprimorar a divulgação sobre o papel da psicologia nos hospitais gerais além de aprimorar a comunicação entre o serviço de psicologia e as outras unidades da instituição. Mesmo aqueles profissionais que detinham conhecimento satisfatório sobre o serviço de psicologia referiam desejar conhecer mais sobre o potencial da psicologia. Tais resultados reforçam pesquisas anteriores que sugerem que o trabalho dos psicólogos hospitalares é mal compreendido entre profissionais da saúde. Por outro lado, o risco que se corre com uma ampla divulgação é a impossibilidade de atender toda a demanda criada, como ocorre, por exemplo, no HCPA, no qual nem as psicólogas, nem os estagiários conseguem dar conta de todos os pedidos de intervenções das diversas unidades. Poder-se-ia utilizar o argumento da necessidade de contratação de mais psicólogos, o que é correto, mas difícil de ser alcançado a curto prazo no nosso país, devido às dificuldades por que passa nosso sistema de saúde.

4.4. Considerações Finais:

Os dados apresentados nesse estudo descrevem fatos que levaram ao estabelecimento do Serviço de Psicologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para tanto considerou as condições políticas e econômicas da época, e os esforços para a consolidação e afirmação da psicologia em hospitais gerais. Tais dados podem servir futuramente para análises relativas à continuação dessa história, que em 1986 estava só começando. Desde lá até hoje já temos mais duas décadas de história viva.

Essa é uma versão da história, construída em cima das visões das psicólogas entrevistadas. E a visão apresentada por elas foi uma reconstrução de fatos baseada em convicções e valores atuais. Para algumas das entrevistadas, foi um momento de ressignificar toda aquela experiência que estava guardada no fundo da memória, às vezes sem lhe dar o merecido valor.

Convém ressaltar que questões pessoais como desavenças e competições estão envolvidas nestas histórias (como em qualquer outra história) com implicações nos acontecimentos, porém muitos desses aspectos não se fizeram explícitos pelas entrevistadas. Outras lacunas foram deixadas em aberto por diversos motivos, sendo o principal deles as falhas de memória, que se refletem na falta de precisão da cronologia apresentada. A esse propósito, Lhullier (2003) destacou que o historiador, frente a um conjunto de dados fragmentário, acaba por preencher algumas lacunas com suas interpretações. E realmente, muitas interpretações foram realizadas em cima dessas lacunas.

Um aspecto destacado por Olmos (2003), e que pôde ser observado nessa pesquisa, é que nenhuma das entrevistas contou com um começo nem com um fim absoluto em suas narração. Isso ocorreu porque a história de cada uma delas dependia paralelamente de ações e narrações de outros. Ou seja, a história não pertence a cada uma das pessoas individualmente, mas sim coletivamente.

Lembramos que a narrativa final é sempre fruto de um momento, de um encontro e de um recorte feito, não podendo ser considerada como absoluta e definitiva, mas como algo relativo à versão de cada um contada numa experiência compartilhada. (Olmos, 2003). As limitações desse trabalho já foram analisadas na discussão sobre o método da história oral. Reforça-se que uma história baseada prioritariamente em fontes não-documentais pode ser mais imprecisa e menos satisfatória do que a extraída de documentos, mas de todo modo, não deixa de ser uma história, ou uma versão da história. Neste caso particular, pode-se perguntar: se não são os depoimentos como seria possível reconstruir uma história carente de documentação? Pode-se perceber que diversas poderiam ter sido as linhas de análise, mas com a quantidade de dados e caminhos possíveis, algumas escolhas tiveram que ser feitas. Que as brechas deixadas sirvam de estímulo para novas pesquisas no tema, uma vez que essa é uma área que carece de maiores sistematizações.

REFERÊNCIAS

- Alberti, V. (1989). *História oral: A experiência do CPDOC*. Rio de Janeiro: FGV.
- Almeida, E. C. (2000). O psicólogo no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20 (3), 24-27.
- Angerami-Camon, V. A. (1983). Uma opção alternativa na prática clínica em psicologia: Atuação na instituição hospitalar. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 39 (2), 110-122.
- Baldo, D. H. A. (2004). Hospital São Lucas. Em: C. A. Veit (Org.), *Comemoração do cinquentenário da Faculdade de Psicologia* (pp. 46-50). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Baptista, M. T. D. S. (2003). As relações entre identidade, memória e pesquisa da história da psicologia. *Memorandum*, 4, 33-39.
- Becker, J. J. (1998). O handicap do à posteriori. Em: M. M. Ferreira & J. Amado, (Orgs.), *Usos e abusos da história oral* (pp. 15-25). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Bianchessi, D., Kiefer, H., Padilla, M., Ramos, M., Ortiz, M., Benetti, S., Oliveira, V. (s/d - 1990?). Relato de uma experiência de estruturação do serviço de psicologia em um hospital geral. Material não-publicado.
- Camargo, A. (1994). História oral e política. Em: M. Moraes (Org.). *História oral e multidisciplinariedade* (pp. 75-99). Rio de Janeiro: Diadorim.
- Capitão, C. G. (1995). Ética no contexto hospitalar. Em: M. F. P. Oliveira & S. M. C. Ismael (Orgs.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia* (pp. 49-56). Campinas: Papyrus.
- Carvalho, L. F. C. (1986). O psicólogo no hospital. Sim ou não? *Revista Paulista de Hospitais*, 34 (4/5/6), 51-54.
- Carvalho, M. J. C. (2000). Considerações sobre a psicologia hospitalar e identidade profissional. *Psikhê*, 5 (1), 24-31.
- Cassab, L. A. e Ruscheinsky, A. (2004). Indivíduo e ambiente: A metodologia de pesquisa da história oral. *Revista do Departamento de Biblioteconomia e História*, 16, 7-24.
- Castro, E. K. & Bornho, E. (2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional [versão eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (3).
- Catharino, T. (1995). Novos rumos ou velhas armadilhas? Um desafio para a construção da psicologia no hospital geral. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, 7, (2/3), 62-69.

- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. Em: V. A. Angerami-Camon (Org.). *Psicologia da Saúde – Um novo significado para a prática clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Colenghi, V. M. (2003). *Organizações & métodos e a qualidade total: Uma integração perfeita*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Cummings, J. W. (1992). Psychologists in the medical surgical setting: Some reflections. *Professional Psychology-Research and Practice*, 23, 76-79.
- Demartini, Z. B. F. (1992). Trabalhando com relatos orais: Reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa – reflexões sobre a pesquisa sociológica. *Coleção Textos*, 3, 42-60.
- Dias, J. L. M. (1994). Registro oral, histórias e grandes organizações. Em: M. M. Ferreira (Org.), *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral* (pp. 98-123). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Dias, R. R.; Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de pediatria: Avaliação e intervenção psicológica. Em. M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dittrich, A. & Zendron, R. C. (2001). Mathilde Neder e a psicologia hospitalar no Brasil. Em. A. Dittrich & R. C. Zendron (Orgs.). *Pioneiros da psicologia brasileira vol. 5: Franco Seminério, Paulo Rosas e Mathilde Neder* (67-88). Rio de Janeiro: Imago.
- Dorken, H. (1993). The hospital private practice of psychology: CHAMPUS 1981-1991. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24, 409-417.
- Duarte, A. L. S. (2003). Lembranças e histórias do nosso fazer psicológico... Em W. C. A. Jacques & cols. (Orgs.), *Histórias e memórias de psicologia* (pp.23-31). Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia-7ª região.
- Duarte, E. R. M., Meirelles, A. M., Bruno, S. M. A., & Duarte, A. L. S. (1987). A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 40 (1), 74-81.
- Enright, M. F., Resnick, R., DeLeon, P. H., Sciara, A. D., & Tanney, F. (1990). The practice of psychology in hospital settings: Psychology in the public forum. *American Psychologist* 45 (9), 1059-1065.
- Enright, M. F., Resnick, R. J., Ludwigsen, K. R., & DeLeon, P. H. (1993). Hospital practice: Psychology's call to action. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24, 135-141.

- Ferreira, M. M. (1994). História oral: Um inventário das diferenças. Em: M. M. Ferreira (Org.), *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral* (pp. 01-13). Rio de Janeiro: Editora da FGV
- François, E. (1998). A fecundidade da história oral. Em: M. M. Ferreira & J. Amado, (Orgs.), *Usos e abusos da história oral* (pp. 3-13). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Gauer, G. (2001). *Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Ensino e pesquisa após a reforma universitária*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Gauer, G. & Gomes, W. (2002). O curso da reforma: Ensino de psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul [versão eletrônica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3).
- Hallas, C. N. (2004). Professional health psychology applied within healthcare services. Em. S. Michie & C. Abraham (Ed.). *Health psychology in practice* (pp. 353-371). Blackwells University press.
- Lang, A. B. S. G. (1996). História oral: Muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. Em. J. C. S. Meihy (Org.), (Re) Introduzindo a história oral no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Lazano, J. E. A. (1998). Práticas e estilos de pesquisa a história oral contemporânea. Em: M. M. Ferreira & J. Amado, (Orgs.), *Usos e abusos da história oral* (pp. 15-25). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Leventhal, G. (2005). Psychology's adaptation to academic medical settings [versão eletrônica]. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 12 (3).
- Lhullier, C. (2003). *Levantamento da idéias psicológicas presentes na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Direito no Estado do Rio Grande do Sul entre 1890 e 1950*. Tese de Doutorado não-publicada, Curso de pós-graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- LoBianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T. & Silva, R. C. da (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. Em Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lorenzoni, M. M, Redivo, L. B, & e Guareschi, N. (2003). A trajetória de profissionais no início da psicologia hospitalar [Resumo]. Em. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, *Anais, XV Salão de Iniciação Científica*. Porto Alegre.

- Ludwigsen, K. R., & Albright, D. G. (1994). Training psychologists for hospital practice: A proposal. *Professional Psychology-Research and Practice*, 25, 241-246.
- Macedo, R. M. (1984). Psicologia e instituição: Novas formas de atendimento. São Paulo: Cortez.
- Marcon, C., Luna, I. J. & Lisboa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios [versão eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (1).
- Massimi, M. (2002). Memória e história da psicologia: Dois exemplos de produção de documentos. *Memorandum*, 2, 2-12.
- Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
- Medeiros, G. A. (2002). Por uma ética na saúde: Algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22 (1), 30-37.
- Mengarda, C. F. (2003). Curso de graduação: Pioneirismo no Rio Grande do Sul. Em: C. A. Veit (Org.), *Comemoração do cinquentenário da Faculdade de Psicologia* (pp. 28-33). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Mezan, R. (1998). Figura e fundo: Notas sobre o campo psicanalítico no Brasil. *Percurso*, 20, 7-18.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Santos, A. R. R. S., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: Extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa [versão eletrônica]. *Psicologia USP*, 13 (1).
- Moreira, J. P. & Scarparo, H. B. K. (2003). A história da faculdade de psicologia da PUCRS. Em: C. A. Veit (Org.), *Comemoração do cinquentenário da Faculdade de Psicologia* (pp. 21-25). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Neder, M. (1992). O psicólogo no hospital. *Revista de Psicologia Hospitalar do Hospital das Clínicas*, 1(1), 6-15.
- Nogueira-Martins, L. A.; Frenk, B. (1980). A atuação do profissional de saúde mental no hospital de ensino: A interconsulta médico-psicológica. *Boletim de Psiquiatria*, 3, 30-37.
- Oliveira, V. Z.; Oliveira, M. Z.; Gomes, W. B. e Gasperin, C. (2004). Comunicação do diagnóstico: Implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 9-17.
- Olmos, J. R. D. (2003). A relação entre narração e memória como possibilidade metodológica na constituição da história da psicologia no Brasil. *Memorandum*, 4, 40-47.

- Pate, W. E. & Kohut, J. L. (2003). Results from a national survey of psychologists in medical school settings [versão eletrônica]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12 (3).
- Prins, G. (1992). História oral (M. Lopes, Trad.). Em: P. Burke (Org.), *A escrita da história: Novas perspectivas* (pp. 163-198). São Paulo: Editora da USP.
- Queiroz, M. I. P. (1994). História oral e arquivos na visão de uma socióloga. Em: M. Moraes (Org.). *História oral e multidisciplinariedade*. Rio de Janeiro: Diadorim
- Rosa, A. T. da (2005). *Competências e habilidades em psicologia hospitalar*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Romano, W. B. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sebastiani, R. W. (2001). Psicologia da Saúde no Brasil: 50 anos de história. [versão eletrônica]. Retirado de www.nemeton.com.br em 31/01/2006.
- Shelton, L. G. & Leventhal, G. (2005). Psychology's adaptation to medical schools, teaching hospitals and academic medical centers: The role of academic medicine organizations [versão eletrônica]. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12 (3).
- Sheridan, E. P. (1999). Psychology's future in medical schools and academic health care centers. *American Psychologist*, 54 (4), 267-271.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thompson, P. (1992). *A voz do passado: História oral* (L. L. de Oliveira, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Original publicado em 1978).
- Todorov, J. C. (2005). Ciência e comportamento humano [versão eletrônica]. *ABPMC Contexto*, 30.
- Tutida, F. (2000). *Caracterização da prática do psicólogo em hospitais universitários de Porto Alegre*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Vidal, D. G. (1998). A fonte oral e a pesquisa em história da educação: algumas considerações. *Educação em revista*, 27, 7-16.
- Voldman, D. (1998). Definições e usos. Em: M. M. Ferreira & J. Amado, (Orgs.), *Usos e abusos da história oral* (pp. 33-41). Rio de Janeiro: Editora da FGV.
- Wild, M. R., Bowden, K., & Bell, N. (2003). The provision of clinical psychology services within a general hospital: An analysis and interpretation of referral rates. *Scottish Medical Journal*, 48 (3), 76-81.

- Yamamoto, O. H. & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar [versão eletrônica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (2).
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. O & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte [versão eletrônica]. *Psicologia USP*, 13 (1).
- Zanelli, J. C. & Bastos, A. V. B. (2004). Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. Em: J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 466-491). Porto Alegre: Artmed.

ANEXO A
Roteiro de Entrevista

Questão norteadora

Conte-nos sobre sua experiência com a Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Questões referentes à prática

- Qual a área em que trabalhava? (Organizacional ou Clínica)
- Que tipo de atividades realizava?
- Que tipo de dificuldades encontrava?
- Como entendia o trabalho da Psicologia no HCPA?
- Como eram vistos pelos outros profissionais? (tanto da área médica quanto administrativa)
- Como eram vistos pelo público atendido?
- Porque deixou de trabalhar no HCPA?
- Porque continua trabalhando no HCPA?
- Qual o papel do Psicólogo Hospitalar?
- Acontecimentos marcantes

Questões administrativas

- Quem foram os primeiros Psicólogos contratados?
- Quando e como entraram para o HCPA?
- Como era organizado o trabalho dos Psicólogos?
- A quem estavam ligados? (área administrativa, médica...).
- Como se deu a constituição do “Serviço de Psicologia”?
- Cronologia dos acontecimentos

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁸

Essa pesquisa tem como objetivos resgatar o histórico do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, traçando o encadeamento de fatos que o levaram à sua configuração atual, documentando essa história.

O estudo está sendo realizado por Cristina Neves Hugo, Leda Pibernat Pereira da Silva (alunas do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul), sob a orientação de Márcia Ziebell Ramos e Desirée Bianchessi, psicólogas do HCPA.

A entrevista será gravada em audio-tape, tendo em vista a fidelidade da pesquisa. Foi esclarecido que o risco de danos físicos, morais ou psicológicos é praticamente nulo.

Declaro ceder ao Serviço de Psicologia do HCPA, sem quaisquer restrições, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento que prestei a este estudo.

Fui informado (a) que a(s) fita(s) e as transcrições com meu depoimento serão armazenadas no Serviço de Psicologia do HCPA e só poderão ser consultadas para fins de estudo/pesquisa, mediante autorização das pesquisadoras deste estudo, com a única ressalva de que sejam preservadas sua integridade, indicação de fonte e autor.

Fui informado (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Contatos com as pesquisadoras poderão ser feitos pelos telefones 91575302 (Cristina), 811185660 (Leda) ou 33168507 (Márcia e Desirée).

Eu, _____, RG nº _____, consinto em participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “O Percorso Histórico do Serviço de Psicologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre”.

Porto Alegre, / /2003.

(Assinatura do participante)

⁸ Esse estudo teve início em junho de 2003 a partir da experiência da pesquisadora no estágio de Psicologia do Trabalho no HCPA. Nessa ocasião o projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética, tendo sido aprovado. Devido a relevância do tema, os dados continuam a ser estudados, agora dentro do Programa de Pós-Graduação.

ANEXO C

Lei de Criação do HCPA

Presidência da República

Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI No 5.604, DE 2 DE SETEMBRO DE 1970.

Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública "Hospital de Clínicas de Pôrto Alegre" e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

I - Da Constituição

Art 1º Fica o Poder Executivo autorizado a constituir a empresa pública "Hospital de Clínicas de Pôrto Alegre", de sigla HCPA, dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e autonomia administrativa, vinculada à supervisão do Ministério da Educação e Cultura.

Parágrafo único. O HCPA terá sede e fôro na cidade de Pôrto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

Art 2º O HCPA terá por objetivo:

- a) administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar;
- b) prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante as condições que forem fixadas pelo Estatuto.
- c) servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- d) cooperar na execução dos planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável essa colaboração.
- e) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas.

Parágrafo único. No seu objetivo de prestar assistência médica a Empresa dará preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, da comunidade.

Art 3º O capital inicial do HCPA, pertencente integralmente à União, será constituído pela incorporação dos seguintes bens:

- a) um terreno, na cidade de Pôrto Alegre, situado na quadra compreendida entre as Avenidas Protásio Alves e Ipiranga e Ruas Ramiro Barcelos e São Manoel;
- b) outros terrenos e edificações, localizados dentro da mesma quadra bem como equipamentos destinados especificamente as finalidades do Hospital de Clínicas havidos pela União por doação que lhe fez a Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

c) prédio do Hospital de Clínicas.

§.1º O Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul designará Comissão, presidida pelo representante, da União, para inventariar e avaliar os bem móveis e, imóveis de que trata este artigo.

§ 2º O representante da União para, os efeitos previstos no parágrafo anterior, será designado pelo Presidente da República.

Art 4º Mantida a maioria da União, o capital do HCPA poderá ser aumentado com a participação de pessoas jurídicas de direito público, interno e de suas entidades de Administração Indireta ou mediante incorporação de reservas decorrentes de lucros líquidos da empresa, reavaliação de seu ativo e transferências de capital feitas pela União.

Art 5º Os recursos de que a Empresa disporá para realizar suas finalidades, são os advindos:

- a) de rendas auferidas por serviços prestados;
- b) de dotações consignadas no orçamento geral da União;
- c) de créditos abertos em seu favor;
- d) do produto de operações de crédito, juros bancários e renda de bens patrimoniais;
- e) de outros recursos.

Art 6º A Empresa poderá contrair empréstimos no país e no exterior, que objetivem atender ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de seus serviços, observada a legislação em vigor.

Art 7º A constituição do HCPA se efetivará por Decreto do Presidente da República que aprovar os estatutos da Empresa.

§ 1º O Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul submeterá o laudo do art. 3º, § 1º e o projeto de estatutos ao Ministro da Educação e Cultura, dentro de sessenta dias da designação prevista no § 2º do art. 3º.

§ 2.º Até a constituição da Empresa, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul continuará responsável por todos os assuntos que digam respeito ao Hospital, gerindo os créditos e recursos destinados ao mesmo.

§ 3º Constituída a Empresa, os saldos dos créditos e recursos referidos no parágrafo anterior, serão transferidos ao HCPA.

II - Da organização

Art 8º São órgãos da Administração da Empresa:

- I - Conselho Diretor;
- II - A Administração Central.

Art 9º O Conselho Diretor é o órgão supremo de função normativa, consultiva e deliberativa da Empresa e será constituído pelos seguintes membros:

- a) o Presidente da Empresa, que será também o Presidente do Conselho Diretor;
- b) o Vice-Reitor da Universidade;

c) o Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e dois outros representantes da mesma;

d) um representante da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

e) um representante do Conselho de Planejamento e Desenvolvimento da mesma Universidade;

f) o Superintendente Administrativo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

g) um representante do Ministério da Educação e Cultura;

h) um representante do Ministério do Planejamento e Coordenação Geral;

i) um representante do Ministério da Fazenda;

j) um representante do Ministério da Saúde;

l) um representante do Instituto Nacional de Previdência Social.

§ 1º O Estatuto da Empresa fixará a forma de escolha desses representantes.

§ 2º É prerrogativa do Conselho Diretor a elaboração do seu próprio regimento.

§ 3º Das decisões e atos de todos os órgãos da Empresa caberá recurso ao Conselho Diretor.

§ 4º Das decisões do Conselho Diretor caberá recurso ao Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nos casos fixados no Estatuto.

Art 10. O Presidente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre será de livre escolha e nomeação do Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, homologada pelo Conselho Universitário.

Parágrafo único. Caberá ao Presidente representar a Empresa em juízo ou fora dele, ativa ou passivamente, podendo constituir mandatários ou delegar competência, permitindo, se for o caso, a subdelegação às autoridades subordinadas.

Art 11. A Administração Central, órgão incumbido das funções de administração das atividades específicas e auxiliares da Empresa, observadas as diretrizes gerais elaboradas pelo Conselho Diretor, será constituída:

I - Pelo Presidente;

II - Pelo Vice-Presidente para assuntos médicos;

III - Pelo Vice-Presidente para assuntos administrativos.

§ 1º Os Vice-Presidentes serão nomeados pelo Presidente da Empresa homologada a escolha pelo Conselho Diretor.

§ 2º Os Vice-Presidentes participarão das reuniões do Conselho Diretor, sem direito a voto.

§ 3º A área de competência e as atribuições do Presidente e dos Vice-Presidentes serão fixadas no Estatuto da Empresa.

III - Disposições Gerais

Art 12 O regime jurídico do pessoal será o da Consolidação das Leis do Trabalho, estabelecidas no estatuto do HCPA as condições para admissão.

Parágrafo único. Os servidores públicos federais da Administração Direta ou Indireta poderão ser requisitados para o HCPA, exclusivamente em funções técnicas.

Art 13. As contas do HCPA, relativas a cada exercício, serão submetidas à supervisão ministerial e enviadas ao Tribunal de Contas da União.

Art 14 Extinguindo-se a Empresa, seu patrimônio se incorporará à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Art 15. O HCPA gozará de isenção de tributos federais e de todos os favores legais atribuídos à natureza de seus objetivos.

(Vide Medida Provisória nº 2.216-37, de 2001) Art. 9º O art. 15 da Lei nº 5.604, de 2 de setembro de 1970, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Parágrafo único. Aplica-se ao HCPA o regime de impenhorabilidade de seus bens, serviços e rendas." (NR)

Art 16. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 2 de setembro de 1970; 149º da Independência e 82º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI
Antônio Delfim Netto
Jarbas G. Passarinho
Júlio Barata
F. Rocha Lagôa
João Paulo dos Reis Velloso

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.9.1970

ANEXO D

Lei de Aprovação do Estatuto do HCPA

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO No 68.930, DE 16 DE JULHO DE 1971.

Vide Decreto nº 5.319, de 2004

Aprova Estatuto do Hospital de Clínicas de
Pôrto Alegre.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e de acordo com o disposto no artigo 7º da Lei nº 5.604 de 2 de setembro de 1970 e tendo em vista o que consta do Processo nº 237.089-71, do Ministério da Educação e Cultura,

DECRETA:

Art 1º Fica aprovado o Estatuto do Hospital de Clínicas de Pôrto Alegre, sediado na cidade de Pôrto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, que com êste é publicado, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Cultura.

Art 2º Êste Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 16 de julho de 1971; 150º da Independência e 83º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI
Jarbas G. Passarinho

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 19.7.1971

ESTATUTO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PÔRTO ALEGRE

CAPÍTULO I

Da Denominação, Duração e Sede

Art 1º O Hospital de Clínicas, de Pôrto Alegre - HCPA - é uma empresa pública criada pela Lei número 5.604, de 2 de setembro de 1970, vinculada ao Ministério da Educação e Cultura, reger-se-á pela legislação federal aplicável e por êste Estatuto.

Art 2º A empresa terá sede e fôro na cidade de Pôrto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

Art 3º O prazo de duração da empresa é indeterminado.

Art 4º O HCPA gozará de isenção de tributos federais e de todos os favores legais atribuídos à natureza de seus objetivos.

CAPÍTULO II

Do Capital

Art 5º O Capital inicial da empresa será de Cr\$72.392.764,05 (setenta e dois milhões, trezentos e noventa e dois mil, setecentos e sessenta e quatro cruzeiros e cinco centavos), valor

atribuído aos bens da União, incorporados à empresa por força do disposto no art. 3º da Lei nº 5.604, de 2 de setembro de 1970 e avaliados conforme laudo aprovado pelo Ministro da Educação e Cultura.

Art 6º O capital inicial da empresa, constituído integralmente pela União, poderá ser aumentado, mantida a maioria da União, com a participação de pessoas jurídicas de direito público interno e de suas entidades de administração indireta, ou mediante incorporação de reservas decorrentes de lucros líquidos da empresa, reavaliação de seu ativo e transferências de capital feitas pela União.

Parágrafo único. A correção monetária do ativo permanente poderá ser limitada ao montante necessário para compensar a correção das contas do patrimônio líquido. (Incluído pelo Decreto nº 89.209, de 1983)

CAPÍTULO III

Do objeto

Art 7º O HCPA tem por objeto:

- a) administra e executar serviços de assistência médico-hospitalar;
- b) prestar serviços à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a outras instituições e à comunidade, mediante as condições que forem fixadas em seu Regulamento.
- c) servir como área hospitalar para as atividades da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, nas condições que forem fixadas por seu Regulamento.
- d) cooperar na execução do planos de ensino das demais unidades da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja vinculação com problemas de saúde ou com outros aspectos da atividade do Hospital torne desejável essa cooperação;
- e) promover a realização de pesquisas científicas e tecnológica.

Art 8º Em seu objetivo de prestar assistência médica, a empresa dará preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas da comunidade.

Parágrafo único. O Regulamento disporá sobre as condições da prestação e remuneração desses e de outros serviços.

CAPÍTULO IV

Dos Recursos

Art 9º Os recursos de que a empresa disporá para realizar suas finalidades são os advindos:

- a) de rendas auferidas pelos serviços prestados;
- b) de dotações constantes do orçamento geral da União;
- c) do produto de operações de crédito, juros bancários e renda de bens patrimoniais;
- d) de créditos abertos em seu favor;
- e) de outros recursos.

Art 10. A empresa poderá contrair empréstimos no País e no exterior, que objetivem atender ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de seus serviços, observada a legislação em vigor.

CAPÍTULO V

Da Organização Administrativa

Art 11. São órgãos da Administração da empresa:

I - o Conselho Diretor

II - a Administração Central

Do Conselho Diretor

Art 12. O Conselho Diretor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é o órgão supremo da empresa, com funções normativa, consultiva e deliberativa.

Art 13. São atribuições do Conselho do Diretor:

- a) homologar a nomeação dos Vice-Presidentes da Empresa.
- b) aprovar o Regulamento do Hospital, apresentado pelo Presidente;
- c) decidir sobre os recursos apresentados, nos termos do art. 44 deste Estatuto;
- d) aprovar os Relatórios anuais da Administração;
- e) apreciar e dar parecer sobre o Balanço Anual;
- f) aprovar o Orçamento Anual encaminhado pela administração Central;
- g) opinar sobre os convênios a serem celebrados pela empresa com órgãos públicos, empresas estatais, para-estatais e entidades particulares, para prestação de serviços dentro dos objetivos da Empresa:
- h) autorizar operações de financiamento;
- i) autorizar os aumentos de capital;
- j) autorizar a alienação ou redução dos serviços prestados pela Empresa;
- m) elaborar o Regimento Interno do Conselho;
- n) apreciar quaisquer outros assuntos a ele submetidos pela administração Central;
- o) fixar a remuneração dos membros da Administração Central.

Art. 14 - O Conselho Diretor será constituído dos seguintes membros: (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

a) o Presidente da Empresa, que será o Presidente da Conselho Diretor; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

b) o Vice-Reitor da UFRS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

c) o Diretor da Faculdade de Medicina da UFRS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

d) o Pró-Reitor de Administração da UFRS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

e) um representante do Ministério da Educação e Cultura; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

f) um representante da Secretaria de Planejamento da Presidência da República; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

g) um representante do Ministério da Fazenda; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

h) um representante do Ministério da Saúde; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

i) um representante do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

j) um representante da Pró-Reitoria de Planejamento da UFRS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

l) dois representantes da Faculdade de Medicina da UFRS; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

m) um representante da Escola de Enfermagem da UFRS. (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

Parágrafo único - Os Vice-Presidentes da Empresa participarão das reuniões, sem direito a voto. (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

Art. 15 - São membros natos do Conselho Diretor: o Presidente da Empresa, o Vice-Reitor da UFRS, o Diretor da Faculdade de Medicina da UFRS e o Pró-Reitor de Administração da UFRS. (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

Parágrafo Único. Em caso de substituição em caráter definitivo, do ocupante de cargo de que resulte a situação de membro nato do C.D. o novo titular passará a integrar o Conselho mediante simples notificação.

Art. 16 - Excetuados os membros natos de que trata o artigo anterior, os demais membros do Conselho Diretor terão mandado de dois (2) anos, permitida uma recondução, designados pelo Ministro de Estado da Educação e Cultura, obedecido o seguinte: (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

a) os representantes da Faculdade de Medicina serão escolhidos por sua Congregação, por maioria absoluta de votos, um entre os membros da Comissão de Carreira do Curso de Medicina, oriundo do ciclo profissional e outro entre os membros do Conselho Departamental; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

b) o representante da Escola de Enfermagem será indicado por sua Congregação, por maioria absoluta de votos; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

c) os Ministros de Estado da Fazenda, da Saúde, da Educação e Cultura e o Ministro Chefe da Secretaria de Planejamento da Presidência da República indicarão os representantes dos respectivos órgãos; (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

d) o representante do INPS será indicado pelo Presidente da autarquia e o da Pró-Reitoria de Planejamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por seu Reitor. (Redação dada pela Decreto nº 81.627, de 1978)

Art 17. O C.D. se reunirá com a presença da maioria de seus membros.

Parágrafo único. O quorum será computado, levando em conta só os lugares providos.

Art 18. As decisões do C.D. serão tomadas pela maioria simples de seus membros presentes, salvo ao decidir sobre autorização para financiamento ou alienação de bens, quando a aprovação só se dará por 2/3 dos membros presentes.

Art 19. No impedimento eventual do Presidente a reunião do C.D. será presidida pelo Vice-Reitor da UFRGS, e, na ausência deste, por um dos outros membros presentes, na ordem em que são enumerados no art. 14.

Art 20. O C.D. reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando convocado.

Parágrafo Único. As convocações serão feitas pelo Presidente, com antecedência mínima de 48 horas, avisados por escrito todos os membros.

Art 21. Por solicitação escrita, assinada no mínimo por um terço dos membros do C.D., este poderá ser convocado, extraordinariamente, para tratar de matéria específica.

Parágrafo Único. Caso o Presidente, dentro de sete dias da data do recebimento do pedido de convocação, não a fizer, os signatários do pedido a expedirão, observado o disposto no parágrafo único do art. 20.

Art 22. Das decisões do Conselho Diretor caberá recurso ao Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sempre que fundado em ilegalidade ou desrespeito ao disposto neste Estatuto.

Art 23. O Presidente do Conselho só terá voto de qualidade.

Da Administração Central

Art 24. A Administração Central é o órgão incumbido das funções de administração das atividades específicas e auxiliares da empresa, observadas as diretrizes gerais elaboradas pelo Conselho Diretor.

Art 25. A Administração Central é constituída dos seguintes membros:

- a) O Presidente
- b) O Vice-Presidente para assuntos médicos
- c) O Vice-Presidente para assunto administrativos.

§ 1º O Presidente da empresa será de livre escolha e nomeação do Reitor da UFRGS, homologada a escolha pelo Conselho Universitário.

§ 2º Os Vice-Presidentes serão nomeados pelo Presidente da Empresa homologada a escolha pelo Conselho Diretor.

Art 26. O Presidente representará a empresa em juízo ou fora dele, ativa ou passivamente, podendo constituir mandatários ou delegar competência, permitindo, se for o caso, a subdelegação às autoridades subordinadas.

Art 27. A direção dos serviços médicos do Hospital de Clínicas será exercida pelo Vice-Presidente para assuntos médicos.

Art 28. A direção dos serviços administrativos da empresa será exercida pelo Vice-Presidente para assuntos administrativos.

Art 29. O Presidente será substituído, em seus impedimentos, pelo Vice-Presidente por ele designado.

Art 30. A remuneração dos membros da Administração Central será fixada anualmente pelo Conselho Diretor.

Art 31. A Administração Central organizará o projeto de Regulamento do Hospital e o submeterá ao Conselho Diretor.

Parágrafo Único. O Regulamento do Hospital conterá o organograma da Empresa, especificando a subordinação de todos os seus órgãos à Administração.

CAPÍTULO VI

Do Exercício Financeiro

Art 32. O exercício financeiro compreenderá o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

Art 33. Será elaborado Balanço ao fim de cada exercício financeiro. Será remetido ao Conselho Diretor o Balancete mensal.

Art 34. Os lucros líquidos apurados em Balanço terão o destino previsto no art. 6º deste Estatuto.

CAPÍTULO VII

Do Pessoal

Art 35. O regime jurídico do pessoal do Hospital de Clínicas de Pôrto Alegre será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art 36. Sua admissão se fará mediante concurso ou prova de habilitação, na forma por que dispuser o Regimento Interno da Empresa.

Art 37. Os servidores públicos federais da Administração Direta ou Indireta poderão ser requisitados para o HCPA, exclusivamente para o desempenho da função técnica.

CAPÍTULO VIII

Disposições Gerais

Art 38. A supervisão das atividades da empresa será exercida pelo Ministro de Estado da Educação e Cultura, nos termos e na forma previsto no Título IV do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

Art 39. As contas da Empresa, relativas a cada exercício serão submetidas à supervisão Ministerial e enviadas ao Tribunal de Contas da União, na forma da legislação em vigor.

Art 40. Fica assegurado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul o direito do uso dos prédios onde funcionam as Faculdades de Odontologia e de Farmácia, o destinado à Garagem e Oficina e o em construção, que era destinado à Tisiologia, enquanto deles necessitar para suas atividades de ensino e pesquisa, quando qualquer um ou todos se tornarem desnecessários à Universidade referida, a juízo desta, os referidos prédios se incorporarão à Empresa, sem qualquer indenização.

Art 41. Fica assegurado ainda, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul o direito de construir, usar e fazer funcionar, dentro da área da terra transferida pela União à empresa, edifícios e instalações destinados a atividades ligadas ao Campus Médico, mediante entendimento entre a Empresa e a Universidade, quanto à correspondente localização.

Art 42. Tem a Universidade Federal do Rio Grande do Sul direito a ter abastecidos de água, água quente e vapor, pelas instalações, reservatórios e central térmica da Empresa, a seus órgãos sítos no Campus médico, mediante condições a serem reguladas em convênio a ser estabelecido imediatamente após a instalação da Empresa e revistos trienalmente.

Art 43. Este Estatuto só poderá ser revisto mediante proposta do Presidente da Empresa aprovada por dois terços da totalidade dos membros do Conselho Diretor.

Art 44. Das decisões e atos de todos os órgãos da empresa caberá recurso ao Conselho Diretor, cujo processamento será disciplinado pelo Regulamento do Hospital.

Art 45. Extinguindo-se a empresa, seu patrimônio se incorporará à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

JARBAS G. PASSARINHO